

Letícia de Lima Trindade
Carine Vendruscolo
Rosana Amora Ascari
Organizadoras

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

volume 1



**EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DE
GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE**

Volume I



Catalogação na Publicação (CIP)

Bibliotecária: Aline Graziele Benitez CRB-1/3129

D341 Experiências exitosas de gestão do trabalho e
1.ed. educação permanente em saúde - Volume I
[livro eletrônico] / Letícia de Lima Trindade. Carine
Vendruscolo. Rosana Amora Ascari. – 1.ed. –
Curitiba-PR, Editora Bagai, 2022.

PDF.

Acesso em www.editorabagai.com.br

ISBN: 978-65-5368-096-8

1. Gestão em Saúde. 2. Educação Continuada.
2. Pessoal da Saúde.

I. Trindade, Letícia de Lima. II. Vendruscolo, Carine.
III. Rosana Amora Ascari

07-2022/29

CDD 616.24

Índice para catálogo sistemático:

1. Educação Continuada: Saúde 616.24

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da **Editora BAGAI** por qualquer processo, meio ou forma, especialmente por sistemas gráficos (impressão), fonográficos, microfilmicos, fotográficos, videográficos, reprográficos, entre outros. A violação dos direitos autorais é passível de punição como crime (art. 184 e parágrafos do Código Penal) com pena de multa e prisão, busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610 de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).



<https://doi.org/10.37008/978-65-5368-096-8.28.07.22>

Este livro foi composto pela Editora Bagai.



www.editorabagai.com.br



[@editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)



[@editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)



[contato@editorabagai.com.br](mailto: contato@editorabagai.com.br)

LETÍCIA DE LIMA TRINDADE
CARINE VENDRUSCOLO
ROSANA AMORA ASCARI
Organizadoras

**EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DE
GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE**

Volume I



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC

Dilmar Baretta
Reitor

Luiz Antonio Ferreira Coelho
Vice-Reitor

Sandra Makowiecky
Pró-Reitora de Ensino

Leticia Sequinatto
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Mayco Moraes Nunes
Pró-Reitor de Extensão, Cultura e Comunidade

Marilha dos Santos
Pró-Reitora de Administração

Alex Onacli Moreira Fabrin
Pró-Reitor de Planejamento

Compilação
Dra. Carine Vendruscolo

Normalização dos Anais
Rosana Amora Ascari

SOBRE OS AUTORES

Adriana Barbieri Feliciano. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica - PPGGC/UFSCar. E-mail: adrianabf@ufscar.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2524-9876>.

Adriane Karal. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina. E-mail: adri.karal@hotmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-0678-9810>.

Aida Maris Peres. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Pesquisadora CNPq2. E-mail: amaris@ufpr.br. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-2913-2851>.

Ailma de Souza Barbosa. Odontóloga. Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba e RENASF. Cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa/PB. E-mail: ailmabarbosa@gmail.com.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7418-5771>.

Alana Camila Schneider. Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem na APS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: alana.cs@edu.udesc.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2148-4908>.

Alessandro Rodrigues Perondi. Enfermeiro. Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da região de Chapecó - UNOCHAPECÓ. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense - UNIPAR. E-mail: alessandroperondi@prof.unipar.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2001-8828>.

Alexsandra Martins da Silva. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira Assistencial no ambulatório de lesões de Pele da Prefeitura Municipal de Chapecó/SC. E-mail: alexsandrams.enf@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9147-9990>.

Aline Lemes de Souza. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no município de Sul Brasil/SC. -mail: alinedbeth@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0072-3642>.

Aline Massaroli. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó. E-mail: aline.massaroli@uffs.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4779-5579>.

Ana Beatriz da Costa Franceschini. Psicóloga. Com Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Diretora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Centro de Desenvolvimento e Qualificação Para o SUS (CDQ-SUS) do Departamento Regional de Saúde de Araquara (DRS III).

E-mail: abfranceschini@gmail.com.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9422-5280>.

Ana da Conceição Alves Faria. Enfermeira. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. ACES Ave/Famalicão na UCC Terras de Camilo, Famalicão, Portugal. Enfermeira Especialista. E-mail: anafaria85@msn.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5838-0080>.

Ana Maira Teló. Enfermeira mestrandna do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: ana.telo@edu.udesc.br. Filiação: UDESC. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7112-149X>. Brasil.

Arnildo Korb. Biólogo. Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento pela Universidade Federal do Paraná. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. E-mail: arnildo.korb@udesc.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7333-0754>.

Bruna Biondani Wortmann. Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estagiária da Gestão de Risco Assistencial do Hospital Criança Conceição. Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunabwortmann@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-4940-1804>.

Bruno Huffel de Lima. Psicólogo. Mestrando em Educação pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó. E-mail: bhuffel@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0029-2950>.

Camila Lorenzoni Cortina. Psicóloga. Mestre em educação. Secretaria de Estado da Administração Prisional e Socioeducativa. E-mail: camilalorenzoni@yahoo.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9654-5539>.

Camila Soligo Bernardi. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. Enfermeira Coordenadora da Atenção Primária à Saúde no município de Pinhalzinho/SC. E-mail: enfcamilasoligo@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8419-6378>.

Carmen Elizabeth Kalinowski. Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente Associada Aposentada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: carmenek@ufpr.br. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1324-7710>.

Carine dos Santos Spindola. Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos. E-mail: carinespindola@estudante.ufscar.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2094-6106>.

Carine Vendruscolo. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Associada do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5163-4789>.

Carise Fernanda Schneider. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. Enfermeira da Prefeitura Municipal de

Chapecó. E-mail: carise.fs@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0929-7256>.

Carolina Carvalho Nogueira Alves. Fonoaudióloga. Especialista em Preceptoria no SUS pelo Sírio Libanês. Fonoaudióloga do município de João Pessoa/PB. E-mail: fgacarolina@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2578-9362>.

Carolina Barbui de Arruda. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). E-mail: carolina.arruda@estudante.ufscar.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5701-7028>.

Clarissa Bohrer da Silva. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: clarissa.bohrer@udesc.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1254-019X>.

Clemente Neves de Sousa. Enfermeiro. Escola Superior de Enfermagem do Porto e Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS). E-mail: clemente.n.s@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2654-0497>, Portugal.

Cristiane Baretta. Enfermeira. Discente do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina. Enfermeira no Hospital Universitário Santa Terezinha no município de Joaçaba/SC. E-mail: cristiane-baretta@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7113-2447>.

Daniel Jesse Junior Ferreira Cassemiro. Graduado em Processos Gerenciais pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Assistente Técnico Administrativo da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF) / Hospital Regional do Oeste (HRO). E-mail: danielcassemiros2@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6638-9053>.

Daniela Savi Geremia. Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Docente Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS/Campus de Chapecó/SC). E-mail: daniela.geremia@uffs.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/000-0003-2259-7429>.

Dara Montag Portaluppi. Enfermeira. Enfermeira residente no programa de Residência Atenção Básica em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. E-mail: dara.portaluppi@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4156-9482>.

Denise Antunes de Azambuja Zocche. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. E-mail: denise.zocche@udesc.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4754-8439>.

Denise Elvira Pires de Pires. Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora titular da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da

UFSC. Pesquisadora CNPq 1B. E-mail: piresdp@yahoo.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1754-0922>.

Edlamar Kátia Adamy. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. E-mail: edlamar.adamy@udesc.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8490-0334>.

Elaine Cristina Novatzki Forte. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: elainecn-forte@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6042-5006>, Brasil.

Elisabete Maria das Neves Borges. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP). Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Pesquisadora integrada do CINTESIS@RISE. E-mail: elisabete@esenf.pt. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6478-1008>.

Elizangela Felipi. Psicóloga. Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica. Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). E-mail: efelipi@unochapeco.edu.br

Eva Joseane Fontana. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Egressa do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS, Porto Alegre, Rio Grande do

Sul. Sócia Administradora do Di Fontana Enfermagem Integrativa & Bem Estar. E-mail: evajoseanefontana@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9948-4874>.

Fabiana Zucchi Beneli. Psicóloga. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos. E-mail: fzucchibeneli@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2336-0319>.

Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira. Enfermeira. Mestra em Gerontologia pela Universidade Federal da Paraíba. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa/PB. E-mail: fabiolamco@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2983-6621>.

Fernanda de Avila Carvalho Neves. Graduanda em Enfermagem pela Factum. Estagiária da Gestão de Risco Assistencial do Hospital Criança Conceição. Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fernandaacneves@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5729-0334>.

Franklin Delano Soares Forte. Cirurgião-Dentista. Doutor em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista. Professor Associado IV do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba e Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. E-mail: Franklin@ccs.ufpb.br. Orcid: <https://orcid.org/000-0003-4237-0184>.

Gabriela Gonçalves de Oliveira. Farmacêutica Bioquímica. Doutora em Patologia Experimental. Professora Adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Professora do Programa de Pós-

-Graduação em Ciências Biomédicas da UFFS. E-mail: gabriela.oliveira@uffs.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2831-7267>.

Gabriela Trevisan. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos. Email: g.gabrielatrevisan@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4030-555X>.

Gleica Pressi. Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Assistente Técnica Administrativa da Associação Hospitalar Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF) / Hospital Regional do Oeste (HRO). E-mail: gleica-pressi12@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3698-0296>.

Grasiele Fatima Busnello. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. E-mail: grasibusnello@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2027-0089>.

Isabel Ckowal Olm Cunha: Enfermeira. Doutora em Saúde Pública área de Adm Hospitalar pela FSP-USP. Livre Docente em Adm Enfermagem pela UNIFESP. Professora Associada Livre Docente Aposentada e Orientadora Permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. E-mail: isabelcunha@unifesp.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>.

Jacira Batista de Oliveira. Enfermeira. Mestranda em Ciências Biomédicas pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Coordenadora do Programa de Residências em Saúde Especialidade Enfermagem em Oncologia pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas

Ferreira (ALVF). E-mail: jboliveiraenf@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-4329-6521>.

Jacks Soratto. Enfermeiro. Pós-doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde Coletiva e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) Mestrado profissional da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc). E-mail: jacks@unesc.net. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1339-7268>.

Jamine Bernieri. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPSda UDESC Oeste/CEO. Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde no município de Erval Grande/RS. E-mail: minebernieri@yahoo.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5256-5041>.

Jeane Barros de Souza. Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). E-mail: jeanebarros18@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0512-9765>.

Jeferson Santos Araújo. Enfermeiro. Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor, associado ao curso de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). E-mail: jeferson.araujo@uff.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3311-8446>.

João Batista Baroncello. Médico. Mestre em Princípios da Cirurgia pela Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR). Cirurgião do Hospital Regional do Oeste (HRO) e Unimed Chapecó. Professor do curso de Medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). E-mail: jbbaroncello@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4670-6650>.

João Miguel Almeida Ventura-Silva. Enfermeiro. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal. Enfermeiro Especialista. E-mail: enf.joao.ventura@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8794-528X>. Portugal

Joyce Lane Braz Virgolino da Silva. Enfermeira. Mestra em Gerontologia pela Universidade Federal da Paraíba. E-mail: joyce.lane@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6384-8955>.

Júlia Grasel. Fisioterapeuta. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Fisioterapeuta da Estratégia Saúde da Família do Município de São Miguel do Oeste. Email: julia_grasel@unochapeco.edu.br.

Jussara dos Santos Valentini. Enfermeira. Mestranda em Ciências Biomédicas pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Coordenadora dos Programas de Residências em Saúde da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF). E-mail: jussara.s.valentini.el@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6581-3577>.

Jussara Gue Martini. Enfermeira. Doutora em Educação pela Uni-

versidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC. Líder do Laboratório de pesquisa e tecnologias em educação em enfermagem e saúde - EDEN. Pesquisadora CNPq 1B. E-mail: jussarague@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-2629-293x>.

Kaciane Boff Bauermann. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. Enfermeira da Gerência Regional de Saúde de Maravilha- SC. E-mail: kaciane-bb@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1897-1203>.

Karina Schopf. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. Enfermeira da equipe de Saúde da Família no município de Paraíso/SC. E-mail: karinaschopf70@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8143-2056>.

Lara Vandresen. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: laravandresen@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1389-7932>.

Larissa Oliveira Derussi Gil. Psicóloga. Professora no Colégio Cecília Meireles (São Carlos). E-mail: larissaodgil@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6122-7503>.

Leandra Andréia de Sousa. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Curso de

Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica - PPGGC/UFSCar. E-mail: sousa.leandra2015@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7147-935X>.

Leila Zanatta. Farmacêutica. Doutora em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. E-mail: leila.zanatta@udesc.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0935-4190>.

Letícia de Camargo Pereira. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos. E-mail: leticia.camargo@estudante.ufscar.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8775-7206>.

Letícia de Lima Trindade. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. E-mail: letrindade@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>.

Lúcia Esteves Duarte Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil.

Lucimare Ferraz. Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. E-mail: lucimare.fetraz@udesc.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2487-8614>.

Maiara Schoeninger. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pela UNO-CHAPECÓ. E-mail: maia_schoeninger@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0095-1485>.

Márcia Luíza Pit Dal Magro. Psicóloga. Doutora em Psicologia. Docente dos Programas de Pós-graduação em Educação e do curso de graduação em Psicologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). E-mail: mapi@unochapeco.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2127-9261>.

Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso. Enfermeira. Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Enfermeira Diretora. E-mail: ptcardoso@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5758-2310>. Portugal.

Maria Elena Echevarría Guanilo. Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. E-mail: elena_meeg96@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0505-9258>.

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins. Enfermeira. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Investigadora no NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – FMUP, Porto, Portugal. Professora Coordenadora. Email:

mmartins@esenf.pt. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1527-9940>. Portugal.

Maria Teresa Luz Eid da Silva. Mestre em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista. Especialista em Gestão em Saúde pelo IEPH Sírio Libanês. Psicóloga da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de Taquaritinga/SP. E-mail: mteresaeid@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6419-7090>.

Mariana Mendes. Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: m.mendes@posgrad.ufsc.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2396-9845>.

Maristela Izcak Baldissera. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no município de Pinhalzinho/SC. E-mail: mb.enfermagem@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7902-1629>.

Marta Neckel Menezes. Graduanda em Psicologia. Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó. Chapecó - Santa Catarina, Brasil. E-mail: martanm@unochapeco.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9274-4001>.

Mirian Giacometi. Enfermeira mestrandona Mestrado Profissional em Enfermagem na APS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: mirian.giacometi15@edu.udesc.br Filiação: UDESC. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2667-7880>. Brasil.

Mônica Ludwig Weber. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ MPEAPSda UDESC Oeste/CEO. Enfermeira da equipe de Saúde da Família no município de Águas de Chapecó/SC. E-mail: monyludwig@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6593-446X>.

Monica Vilchez da Silva. Fonoaudióloga. Mestre em Ciências da Saúde pela UFSCar. Diretora do Centro de Desenvolvimento e Qualificação do SUS do Departamento Regional de Saúde de Araquara. Docente do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica - PPGC/UFSCar. E-mail: monicavs.sus@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0003-4069-9306>.

Nathieli Aparecida da Silva. Enfermeira. Graduada em Enfermagem. Universidade do Estado de Santa Catarina- UDESC. E-mail: nathieliaparecida@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8265-2445>. Brasil.

Nelson Emídio Henrique Guerra. Enfermeiro. Direção-Geral da Saúde e Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Email: nelguerra21@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2584-2103>. Portugal.

Nora Margarita Jacquier. Enfermeira. Doutora. Trabalhou no Ministério da Saúde Pública de Misiones. Docente da Escola de Enfermagem da Universidad Nacional de Misiones, Universidad Nacional del Nordeste. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5685-7722> E-mail: norajacquier.com

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro. Enfermeira. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Investigadora no NursID:

Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – FMUP, Porto, Portugal. Professora Adjunta. E-mail: olgaribeiro@esenf.pt. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9982-9537>

Paula Alexandra Amaral Ramos. Enfermeira. ACES Lisboa Oriental e Oeiras, Unidade de Saúde Familiar Santo Condestável.

Paulo João Figueiredo Cabral Teles. Faculdade de Economia da Universidade do Porto e LIAAD-INESC Porto LA. Email: pteles@feup.pt. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7969-1403>.

Poliana Lopes Alves. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC Oeste/CEO). E-mail: pollianna1994@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5990-9820>.

Pollyana Leite Nascimento. Educadora Física. Especialista em Musculação em grupos especiais pela Gama Filho. Educadora Física do município de João Pessoa/PB. E-mail: pollyanagen@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2290-5524>.

Priscila Coelho Amaral. Médica da Gestão de Risco Assistencial do Hospital Criança Conceição. Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: apriscila@ghc.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9143-6146>.

Priscila Rodrigues da Cunha. Enfermeira. Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais. Secretaria de Saúde de Itajaí. E-mail: priscilacunha@unochapeco.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8070-4061>. Brasil.

Rafael Gué Martini. Jornalista. Doutor em Educação pela Universidade do Minho. Professor Adjunto do Curso de Pedagogia a Distância e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC. E-mail: rafael.martini@udesc.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7409-4340>.

Raquel Cristina Sulzbach. Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Enfermeira no município de Pinhalzinho-SC, Brasil. raquelcristina16@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1062-375X>.

Renata Gobetti Borges. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. E-mail: renataborges37@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1910-9394>.

Rosana Amora Ascari. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. E-mail: rosana.ascari@udesc.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2281-8642>.

Rosane Mortari Ciconet. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Email: rmortari@unisinos.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9911-5796>.

Rosi Maria de Carli. Assistente Social. Especialista em recursos humanos. Secretaria de Estado da Administração Prisional. E-mail: rosicarli@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3669-8338>. Brasil.

Reges Antonio Deon. Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade do Estado de Santa Catarina- UDESC. Departamento de Enfermagem. E-mail: reges.deon@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8839-4838>. Brasil.

Samara Lunardi. Enfermeira. Graduada pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: samara.lunardi@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8890-1011>.

Samuel Spiegelberg Zuge. Enfermeiro. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). E-mail: samuel.zuge@unochapeco.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0420-9122>

Sofia Feitor. Enfermeira. Mestre em Enfermagem Comunitária pela Escola Superior de Enfermagem do Porto. E-mail: sophiefeitor@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5017-594X>.

Suéli Regina Sulzbach: Graduação em Enfermagem. Enfermeira na Associação Hospitalar Beneficente de Pinhalzinho-SC, Brasil. E-mail: sueli_sulzbachh@outlook.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1736-4383>.

Stephanie Greiner. Farmacêutica da Gestão de Risco Assistencial do Hospital Criança Conceição. Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: Stephanie@ghc.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5484-2914>.

Suzanne Cristina Abido: Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem na APS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: suzanne.abido@edu.udesc.br. Filiação: UDESC. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9712-7985>.

Taciana Raquel Gewehr: Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da UDESC Oeste/CEO. Enfermeira da equipe de Saúde da Família no município de Santa Rosa/RS. E-mail: tacianaraquel@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2368-5108>.

Wandereson Luis Teixeira. Enfermeiro. Mestrando do Mestrado Profissional em Enfermagem na APS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: wanderson.teixeira2020@edu.udesc.br. Filiação: UDESC. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2192-3176>.

Vania Celina Dezoti Micheletti. Doutora em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). E-mail: vaniadm@unisinos.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1254-7479>.

Veronica Ebrahim Queiroga. Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federa da Paraíba. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa/PB. E-mail: veronica.e.jp@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8816-5851>

Victória Tiyoko Moraes Sakamoto. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Gestão de Risco Assistencial do Hospital Criança Conceição. Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: vsakamoto@ghc.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4646-6848>.

SUMÁRIO

PREFÁCIO 30

APRESENTAÇÃO 33

EIXO I – MELHORES PRÁTICAS PARA A GESTÃO DO TRABALHO

CAPÍTULO 1 - ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE TRABALHO BIDIRECIONAL PARA ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PANDEMIA DE COVID-19 37

Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira | Ailmá de Souza Barbosa |
Carolina Carvalho Nogueira Alves | Joyce Lane Braz Virgolino da Silva |
Veronica Ebrahim Queiroga | Polyana Leite Nascimento | Franklin Delano
Soares Forte

CAPÍTULO 2 - CAMPANHA DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DO ASSÉDIO MORAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE 51

Maiara Daís Schoeninger | Letícia de Lima Trindade |
Elisabete Maria das Neves Borges | Kaciane Boff Bauermann |
Grasiele Fatima Busnello | Rosana Amora Ascari

CAPÍTULO 3 - ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL NO SISTEMA PRISIONAL COMO INSTRUMENTO DE RESSOCIALIZAÇÃO 66

Reges Antonio Deon | Camila Lorenzoni Cortina | Rosi Maria de Carli |
Nathieli Aparecida da Silva | Arnildo Korb

CAPÍTULO 4 - FELICIDADE NO TRABALHO: UM ESTUDO COM ENFERMEIROS PORTUGUESES EM CONTEXTO INSULAR 78

Sofia Azevedo Feitor | Elisabete Maria das Neves Borges

CAPÍTULO 5 - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM: MÉTODOS DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO HOSPITALAR 96

João Miguel Almeida Ventura-Silva | Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins | Letícia Lima Trindade | Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro | Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso | Ana da Conceição Alves Faria

CAPÍTULO 6 - DOS AMBIENTES DA PRÁTICA PROFISSIONAL À QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM 107

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro | Clemente Neves de Sousa | Paulo João Figueiredo Cabral Teles | Alessandro Rodrigues Perondi | João Miguel Almeida Ventura-Silva

CAPÍTULO 7 - ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CENÁRIO PARA MELHORES PRÁTICAS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS 120

Mônica Ludwig Weber | Carine Vendruscolo | Edlamar Katia Adamy | Maristela Izcak Baldissera | Adriane Karal | Dara Montag Portaluppi

CAPÍTULO 8 - OFERTA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS: FACILIDADES E DIFICULDADES SEGUNDO PROFISSIONAIS DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA 138

Carine dos Santos Spindola | Ana Beatriz da Costa Franceschini | Fabiana Zucchi Beneli | Larissa Oliveira Derussi Gil | Letícia de Camargo Pereira | Carolina Barbui de Arruda | Leandra Andréia de Sousa

CAPÍTULO 9 - TRABALHO DE ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE O CUIDAR E O ADMINISTRAR 149

Mariana Mendes: Enfermeira | Denise Elvira Pires de Pires | Elaine Cristina Novatzki Forte | Lara Vandresen | Priscila Rodrigues da Cunha

**CAPÍTULO 10 - ASPECTOS RELEVANTES DA GESTÃO PARA
UM CUIDADO QUALIFICADO EM SAÚDE MENTAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 162**
Jamine Bernieri | Leila Zanatta

**CAPÍTULO 11 - CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES À GESTÃO DO
TRABALHO: ARRANJOS E DISPOSITIVOS 175**
Gabriela Trevisan | Lúcia Esteves Duarte | Monica Vilchez da Silva | Maria
Teresa Luz Eid da Silva | Leandra Andréia de Sousa | Adriana Barbieri Feliciano

**CAPÍTULO 12 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE SUJEITOS
POLÍTICOS DA MUDANÇA SUSTENTADA NA
CENTRALIDADE DO CIDADÃO 188**

Nelson Emídio Henrique Guerra | João Miguel Almeida Ventura-Silva | Maria
Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins | Paula Alexandra Amaral Ramos |
Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro

**CAPÍTULO 13 - A SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DIANTE DA
PANDEMIA DO CORONAVÍRUS 205**
Júlia Grasel | Samuel Spiegelberg Zuge | Letícia de Lima Trindade | Jacks Soratto

**CAPÍTULO 14 - GESTÃO DO TRABALHO: LESÃO POR
PRESSÃO COMO INDICADOR DE SEGURANÇA DO
PACIENTE 217**

Taciana Raquel Gewehr | Cristiane Baretta | Alexsandra Martins da Silva |
Maria Elena Echevarra Guanilo | Rosana Amora Ascari

**CAPÍTULO 15 - CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE
PARA A ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DOS GRUPOS DE
DESENVOLVIMENTO HUMANO 232**

Bruno Huffel de Lima | Elizangela Felipi | Márcia Luíza Pit Dal Magro |
Marta Neckel Menezes

EIXO II– MELHORES PRÁTICAS NA FORMAÇÃO E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

CAPÍTULO 16 - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DESAFIOS EM CONTEXTO DE PANDEMIA

DA COVID-19 243

Jussara Gue Martini | Rafael Gué Martini

CAPÍTULO 17 - UTILIZAÇÃO DE FLUXOGRAMA COMO FERRAMENTA GERENCIAL NO COTIDIANO DA

ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 258

Alana Camila Schneider | Ana Maira Teló | Maristela Izcak Baldissera |
Mirian Giacomel | Suzanne Cristina Abido | Wandereson Luis Teixeira |
Carise Fernanda Schneider

CAPÍTULO 18 - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CAMINHOS PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 271

Karina Schopf | Aline Lemes de Souza | Carine Vendruscolo |
Clarissa Bohrer da Silva | Jeane Barros de Souza | Poliana Lopes Alves

CAPÍTULO 19 - OFICINA DE PREVENÇÃO A COVID-19: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE 284

Raquel Cristina Sulzbach | Lucimare Ferraz | Suéli Regina Sulzbach |
Camila Soligo Bernardi

CAPÍTULO 20 - CONTRIBUIÇÕES PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM 296

Renata Gobetti Borges | Samara LunardI | Clarissa Bohrer da Silva |
Rosana Amora Ascarí

**CAPÍTULO 21 - PORTAL EDUCATIVO PARA UM
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE HOSPITALAR
NO SUL DO PAÍS 311**

Eva Joseane Fontana | Rosane Mortari Ciconet | Denise Antunes de Azambuja Zocche | Vania Celina Dezoti Micheletti

**CAPÍTULO 22 - GESTÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MÉDICA DO HOSPITAL REGIONAL DO OESTE: AÇÕES DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 325**

Gleica Pressi | Daniel Jesse Junior Ferreira Cassemiro | Jacira Batista de Oliveira | Jussara dos Santos Valentini | João Batista Baroncello | Rosana Amora Ascari | Gabriela Gonçalves de Oliveira

**CAPÍTULO 23 - TRAJETÓRIAS E EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE NA ARGENTINA: PRÁTICAS E
REFLEXÕES DA ENFERMAGEM 337**

Nora Margarita Jacquier | Daniela Savi Geremia | Aline Massaroli | Jeferson Santos Araújo

**CAPÍTULO 24 - O ENSINO DO PROCESSO DE TRABALHO
DO ENFERMEIRO: UM OLHAR SOBRE A EMENTA DAS
DISCIPLINAS DE ADMINISTRAÇÃO NA GRADUAÇÃO ... 351**

Carmen Elizabeth Kalinowski | Isabel Cristina Kowal Olm Cunha | Aida Maris Peres

PREFÁCIO

Ao refletir sobre a gestão e educação para o trabalho, aparta-nos á importância de compreender problemas e traçar objetivos para uma mudança efetiva nas organizações, onde desenvolvemos a nossa atividade, contudo para entrar neste processo de mudança, temos que resgatar todo o conhecimento disponível nos processos de ensino-aprendizagem e a experiência de peritos no mundo do trabalho.

As mudanças nas organizações, tornam-se efetivas quando temos trabalhadores com massa crítica suficiente para nos colocar a pensar, felizes por fazerem o seu trabalho na organização onde estão e com conhecimentos atuais e inovadores capazes de gerar condições criativas racionais para atingir objetivos.

A liderança torna-se uma ferramenta fundamental para o sucesso de todos os trabalhadores e para as próprias organizações, contudo não chega termos líderes é necessário ter equipes excepcionais e ainda mais importantes, trabalhadores que conheçam o seu contexto e sejam capazes de criar horizontes mais alargados como fizeram todos os autores que participaram nesta obra.

Com a disponibilidade do conteúdo desta obra, ficamos em condições para dar grandes saltos em várias áreas, e conseguir geral resultados em saúde, contudo para que este livro se torne um investimento teremos que ter capacidade, predisposição interior, vontade de cortar com algumas realidades transferindo o abundante conhecimento teórico e prático aqui registado para uma força interior capaz de ultrapassar desafios numa atitude inovadora mas com consciência da sua complexidade, pois em saúde nada é linear.

O espaço deste prefácio não é suficiente para gerar ideias inovadoras nos processos educativos, mas fica claro nas abordagens dos capítulos relacionados com a educação, a importância da formação inicial dos profissionais e a necessidade continua da auto educação ao longo da vida, quer em ambiente de trabalho ou em fóruns onde po-

demos partilhar o conhecimento e as nossas práticas fundamentadas em princípios científicos, teorias e processos de investigação, estamos perante um sistema abertos que funciona com input de energia renovável, gerada uma cada um de nós, com contributos para um meso-sistema que produz mudanças efetivas no sentido de melhorar o bem viver dos clientes e dos trabalhadores.

As condições em saúde são sempre escassas, o que deixa em aberto grandes oportunidades, mas também ameaças, quando se geram serviços humanos onde queremos ter por foco as pessoas quer sejam, doentes, utentes, clientes, trabalhadores ou estudante. Toda a pessoa tem direito a ser feliz, ter sucesso pelo que os contextos têm que contribuir para o bem viver de todos os intervenientes, daí a importância de aprendermos todos os dias com todos os recursos que a sociedade nos disponibiliza acrescido de um ambiente com líderes capazes de concretizar esta missão.

Os contributos desta obra apontam-nos para uma cultura de mérito a partir do conhecimento da especificidade de cada capítulo e para cada um dos leitores fica a possibilidade de potencializar a partilha dos autores consciencializando que o que aprendemos hoje pode ficar desatualizado amanhã.

Encontrar uma obra dirigida a problemas atuais e diversificados de gestão e educação é uma oportunidade, que pode contribuir para o sucesso individual como leitores. Na particularidade desta obra acresce a importância do contributo de muitos autores, próximos e peritos dos temas por si explorados, o que torna uma mais valia para a mudança em contextos concretos quer de gestão, educação e cuidados.

A obra apresenta-se ainda, como um manual de técnicas e tecnologias, para o desenvolvimento dos cuidados e da gestão encontrando-se nos relatos experiências inovadoras de sucesso para melhoria de indicadores problemáticos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, como exemplo disso a abordagem às quedas.

É importante e com significado que encontremos escritos que num só espaço, transpareçam o trabalho desenvolvido em torno dos níveis de prevenção, em contexto comunitário, hospitalar, mas também no ensino.

Para terminar, deixo um agradecimento em nome da comunidade académica dos contributos deixados pelos autores e um grande desejo, espero que, quem leia esta obra, seja capaz de transferir para a sua prática profissional as ideias, as experiências, a inovação deixada expressas nos capítulos.

Maria Manuela Martins

APRESENTAÇÃO

O I Fórum Internacional sobre Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde (I FIGEPS) foi uma iniciativa do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da UDESC (MPEAPS/UDESC), cuja proposta e, sobretudo, a temática central desta primeira edição, nasceram em meio à um dos piores momentos da história da saúde pública na atualidade – a pandemia ocasionada pela Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).

O que não se imaginava, durante o ano de 2020 e em plena organização do evento, é que no período do evento estaríamos vivenciando o pico mais preocupante da pandemia em Chapecó/SC, local que sediou o evento. Nos cenários da prática e fazendo frente ao combate da pandemia, a Enfermagem, que inclui estudantes do Mestrado Profissional, além de enfermeiros(as) egressos(as) da UDESC, contribuiu para ressaltar a importância desta profissão, mediante diferentes enfrentamentos: assistenciais, gerenciais e políticos, na defesa da ciência, do Sistema Único de Saúde (SUS) e da vida.

O evento foi pensado com muito empenho e propôs conferências, apresentação de trabalhos e troca de experiências, contando com a participação de pesquisadores do Brasil e de outros países, de profissionais, de gestores, de representantes de entidades e de estudantes da enfermagem e de outras áreas da saúde. O conteúdo e a experiência desses atores foram fundamentais para promover o diálogo sobre o protagonismo da enfermagem na Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, tema este que é fundamental para enaltecer aquele é, sem dúvida, o principal elemento na luta social e política que permeia a construção do SUS, em consonância com o desejo pela construção do acesso e qualificação da assistência – o profissional da saúde.

Todas as atividades do FIGEPS aconteceram em formato virtual, processo que ocorreu com frequência no período da pandemia,

inclusive no meio acadêmico e que nos tem estimulado, criativamente, reinventando a divulgação e o consumo da produção técnico-científica nas mais diversas áreas do conhecimento.

O livro: **EXPERIÊNCIAS EXITOSAS NA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E ENFERMAGEM**, emerge do compilado dos melhores trabalhos apresentados e discutidos durante o evento.

Com a esperança de que este momento difícil deixe marcas importantes para a valorização dos profissionais da saúde, em especial da enfermagem, tendo a população transformada em relação à importância da profissão, dos movimentos de educação permanente e de gestão do trabalho em saúde e, sobretudo, no Brasil, quanto à importância do SUS nesse contexto, apresentamos este importante trabalho, resultante do I FIGEPS.

Letícia de Lima Trindade
Carine Vendruscolo
Rosana Amora Ascari
Comissão Organizadora do I FIGEPS

EIXO I

MELHORES PRÁTICAS PARA A GESTÃO DO TRABALHO

CAPÍTULO 1

ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE TRABALHO BIDIRECIONAL PARA ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PANDEMIA DE COVID-19

Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira

Ailma de Souza Barbosa

Carolina Carvalho Nogueira Alves

Joyce Lane Braz Virgolino da Silva

Veronica Ebrahim Queiroga

Polyana Leite Nascimento

Franklin Delano Soares Forte

INTRODUÇÃO

Com a ocorrência dos primeiros casos de *Coronavírus Disease 2019* (Covid-19) por um novo tipo de coronavírus, em dezembro de 2019, na província de Hubei (China), e sua progressão e propagação pelo mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, no dia 11 de março de 2020, a caracterização da Covid-19 como pandemia (OPAS, 2020).

Dados apontam que o Brasil atingiu a mortalidade de 638.048 em 12 de fevereiro de 2022, sendo um país desigual do ponto de vista socioeconômico, o que produz impacto no número de casos e de óbitos (BRASIL, 2022). Assim, no Brasil, a força operacional e pragmática do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser medida durante a pandemia do novo coronavírus, o que demandou a expansão da oferta de serviços de saúde visando a uma resposta assistencial para a população o mais rapidamente possível (KERR et al., 2020). E isso só foi possível

por ter sido construída sobre bases de sustentabilidade em conceitos, princípios, práticas e protocolos consolidados (OPAS, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada prioritária da rede de saúde e faz parte da organização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), compondo seus níveis de complexidade da atenção. Nessa perspectiva, durante surtos e epidemias, é importante que se discuta o papel da APS como resposta global à tais ocorrências, assim como a oferta de um atendimento resolutivo e integral, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, com grande potencial de identificação precoce de casos graves que devem ser manejados para serviços especializados (BRASIL, 2020; DUNLOP et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2021).

A reorganização dos serviços de APS para, simultaneamente, enfrentar a pandemia e manter a oferta regular de suas ações foi um desafio, e seu necessário protagonismo e readequação vêm sendo destacados em documentos e relatórios produzidos no país (GIOVANELLA et al., 2021).

As Unidades de Saúde da Família (USF), por meio de suas equipes multiprofissionais, com atuação interprofissional e prática colaborativa, têm se constituído como estratégicas no cuidado às pessoas, em seus domicílios e territórios, no curso desta pandemia. Para tanto, foi preciso que perfizessem atributos e diretrizes para uma APS abrangente, orientada para a integralidade, considerando a necessidade de se estabelecer uma Linha de Cuidado específica para Covid-19 (BRASIL, 2020).

Isso implicou a definição de fluxos, para que as pessoas pudessem ser cuidadas no seu domicílio, nas USF e nos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de facilitar a reorganização da gestão do trabalho dentro dos serviços de saúde para o fluxo de atendimentos dos usuários sintomáticos gripais e não sintomáticos nas USF da APS. Tal encaminhamento contribuiu para minimizar o risco de transmissão para infecção pelo novo coronavírus, em cum-

primento às normas sanitárias vigentes, o que também é uma premissa de acesso ao usuário.

A partir da orientação do Ministério da Saúde (MS), órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros, em abril de 2020, a pessoa identificada como portadora de Síndrome Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) deve ser conduzida para uma área separada ou para uma sala específica visando ao seu isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado (BRASIL, 2020). A organização do fluxograma de atendimentos foi uma estratégia relevante utilizada na APS para manter o cuidado no momento da avaliação de um caso suspeito de Covid-19.

Portanto, objetivou-se neste capítulo apresentar e problematizar um relato a partir de um processo construído coletivamente da estratégia de fluxo bidirecional (entrada e saída) adotada nas USFs entre os membros da equipe de saúde da família, considerando o contexto da pandemia.

A intenção foi apresentar as reflexões dos autores sobre a construção de um percurso trilhado como protocolo de rigor metodológico, bem como sobre a experiência na realização de um pré-teste antes da coleta de dados. Ao relatar a experiência vivida, buscou-se compartilhar a experiência construída baseada na adequação do processo de trabalho, considerando a comunidade no centro desse processo.

MÉTODO

Partiu-se da definição de relato de experiência de Holliday (2006), o qual descreve: pontos de partidas, perguntas iniciais, recuperação do processo vivido, a reflexão de fundo: porque aconteceu o que aconteceu, pontos de chegada. Assim, o relato de experiência apresenta a trilha feita pelos autores considerando contextos, sujeitos em permanente diálogo, construção de ações e avaliação desse percurso.

O cenário do desenvolvimento da implantação bidirecional fo-

ram duas Unidades de Saúde da Família pertencentes ao Distrito Sanitário V (DSV) do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, realizado no mês de março de 2020, quando se iniciaram os primeiros casos locais da Covid-19.

João Pessoa é uma cidade do Nordeste do Brasil, cuja estrutura de saúde é organizada e subdividida territorialmente em cinco distritos sanitários. O DSV localiza-se na região leste da cidade, possui uma população estimada em mais de 100 mil habitantes, contando com 29 equipes de Saúde da Família, alocadas em 18 Unidades de Saúde. As duas equipes envolvidas na experiência são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de saúde bucal, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, gerentes, residentes de medicina e multiprofissionais de saúde da família e comunidade.

Os sujeitos envolvidos nesse relato foram profissionais do serviço, gerentes locais e a diretora do distrito sanitário de saúde no qual as unidades estão inseridas territorialmente, em divisão organizacional da gestão da Secretaria Municipal da Saúde. Participaram, também, a residência médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade, além de colaboradores, como os discentes e docentes da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como atividade da disciplina de educação em saúde do curso de Enfermagem, Pet-Saúde interprofissionalidade e projeto de extensão Saúde em comunidades (Probex).

Em se tratando de um relato de experiência, dispensou submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa.

PONTOS DE PARTIDA E PERGUNTAS INICIAIS

Conforme descrito, a APS é o primeiro nível de complexidade na atenção à saúde no Brasil. No município cenário do relato, a APS foi reorientada pelo modelo da estratégia saúde da família. Dessa forma, a USF é porta prioritária de entrada do SUS e reorganiza o fluxo dos usuários, assumindo o protagonismo dos serviços de saúde. Diante do desafio da pandemia, foi necessária, primeiro, uma melhor

compreensão sobre o que estava acontecendo, o que gerou a inquietação das equipes da APS na perspectiva de como reorganizar seu processo de trabalho visando a acolher as demandas do território na perspectiva da educação e da prevenção, bem como para garantir o acesso e atendimento dos casos suspeitos de Covid-19 e demais atendimentos de demanda espontânea, cuidados continuados e programáticos da APS.

Figura 1 - ilustra a nuvem de palavras dos sentimentos dos autores envolvidos durante a pandemia.



Fonte: USF DSV

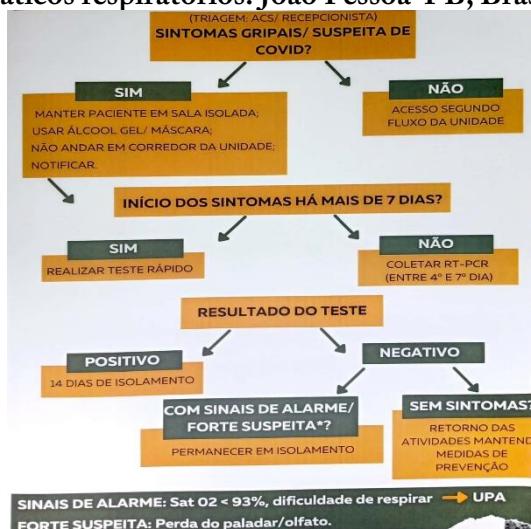
Os profissionais, ao mesmo tempo que cuidavam das pessoas, também foram acometidos pelo adoecimento e tiveram que se afastar, ficando uma equipe mínima absorvendo a sobrecarga de trabalho. Os trabalhadores desse modelo de atenção à saúde estão expostos à realidade dos conflitos sociais das comunidades e ao estresse decorrente da violência nessas áreas. Além disso, convivem diretamente com o sofrimento do próximo, com a escassez de recursos e a imensa demanda de responsabilidades, que afetam a resolutividade das ações, contribuem para o desenvolvimento de doenças ligadas ao trabalho e influenciam o processo de vida humano (SIQUEIRA et al., 2013).

(RE)CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Incialmente, ocorreu a construção do fluxo bidirecional (entrada e saída) de atendimentos aos usuários sintomáticos gripais e não sintomáticos, direcionando o traslado dentro da estrutura física da USF. Utilizaram-se sinalização horizontal, setas indicativas, marcação de lugares, oferta da máscara cirúrgica ao sintomático gripal e uso de álcool em gel. Essas medidas foram pontos de partida para a reorganização do processo de trabalho da equipe. Foram necessários, também, discussão e definição dos papéis dos trabalhadores da saúde em cada espaço, uso racional de equipamentos de proteção individual e orientação da limpeza de superfícies e equipamentos. Isso visava, ainda, à segurança do paciente, fosse ele sintomático ou não, e do trabalhador da saúde.

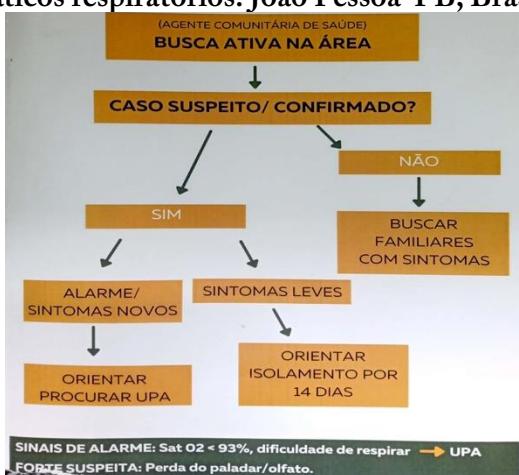
A triagem era realizada pela Enfermagem e estava orientada em protocolos e critérios clínicos considerando a classificação de risco fundamental para redução de contágio por infecção cruzada de fluxo dentro do serviço, conforme Ministério da Saúde.

Figura 2 - Fluxo de atendimento de uma das USF para sintomáticos respiratórios. João Pessoa-PB, Brasil, 2020.



Fonte: USF DSV

Figura 3 – Fluxo de atendimento pós-busca ativa de sintomáticos respiratórios. João Pessoa-PB, Brasil, 2020.



Fonte: USF DSV

As ações foram tomadas a partir de discussão da equipe considerando o cenário de trabalho do ponto de vista físico, da condição epidemiológica e do próprio processo de trabalho. Isso demandou da equipe alinhamento de fluxos, discussão de protocolos e guias que ajudaram a melhorar a prestação de serviço. Essas ações foram impactantes tanto para controlar o acesso dos usuários a um consultório específico da unidade, diminuindo aglomerações, quanto para identificar precocemente casos sintomáticos respiratórios, possibilitando seu isolamento o mais brevemente possível.

A reorientação do fluxo das portas de entrada e saída, diferenciando a entrada do atendimento de sintomáticos gripais e não gripais, assim como atendimentos nos três horários de funcionamento da unidade (manhã, tarde e noite), intencionou reduzir a transmissão. O espaço de espera do sintomático respiratório foi determinado com redução e espaçamento de cadeiras, menor tempo de espera, por tratar-se de atendimento prioritário como forma de redução de contágio. Além disso, o percurso interno do usuário dentro do serviço foi delineado com sinalização horizontal e vertical, possibilitando

a ocupação de espaços determinados a minimizar a contaminação cruzada, protegendo a todos.

Reservou-se, também, um espaço para a realização dos testes. Além disso, o revezamento entre os profissionais na realização dos testes foi uma decisão positiva para redução dos gastos, controle de estoque e uso racional dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), bem como da exposição excessiva de algum trabalhador (BRASIL, 2020). Previamente a essa ação, os trabalhadores foram capacitados para a realização dos testes rápidos e RT-PCR (swab nasal) de detecção viral.

A rotina das equipes a partir das práticas no território e na comunidade foi suspensa temporariamente para evitar aglomerações e maior exposição dos trabalhadores. Alguns equipamentos sociais como escolas, creches, igrejas e outros cenários foram fechados. Diante disso, e na tentativa de manter o vínculo com as famílias, socializar saúdes e fazerem em saúde e favorecer o acesso às informações, foi criado um grupo de gestantes, puérperas e mães da puericultura no aplicativo de mensagens usadas nas redes sociais já existentes na comunidade. O aplicativo de mensagens tem sido muito utilizado pelos brasileiros, e, no contexto ora tratado, foi muito útil (FERNANDES et al., 2022).

A equipe foi desafiada na produção de cuidado considerando a dinâmica social e a diversidade desse território, associado a uma linguagem usada nas redes sociais. Nesse sentido, fez-se uso de metodologias ativas, como a música, em forma de divulgação de amplo alcance das orientações, e a construção de folders educativos digitais e infográficos. A letra e a música que fazem paródia com o contexto foram criadas pela equipe de saúde e pelo usuário da comunidade. O grupo de mensagem também foi um canal para discussão sobre dúvidas geradas pela quantidade de desinformação veiculada. A partir do lúdico e da devolutiva da comunidade, deu-se continuidade ao cuidado socializando informações essenciais para promoção do cuidado e oportunidade para enfretamentos de medo e dúvidas (FERNANDES et al., 2022).

Por outro lado, a oferta de cuidados aos não sintomáticos foi pensada para acontecer de forma eletiva, com agendamento e traslado interno na unidade diferenciados dos sintomáticos, de forma a garantir alguns atendimentos essenciais como vacinação, pré-natal e manter o serviço de atenção à saúde sexual e reprodutiva, para evitar questões como gestações não planejadas e outras necessidades de cada território e da estrutura do serviço.

Ademais, foi preciso ajudar as crianças a entenderem a pandemia, como cuidar da saúde mental, como fazer exercícios mesmo dentro de casa, a importância da vacinação, do aleitamento materno, introdução de alimentos no desmame, direitos das gestantes, puerpério, sífilis, bem como o novo fluxo de atendimentos e agendamentos, a fim de evitar aglomeração nas USF e outros assuntos solicitados pelos participantes dos grupos, que a todo momento traziam suas dúvidas, angústias e dificuldades para se adaptarem a um contemporâneo tão desafiador.

Nesse caminho de recriar os modos de cuidar, utilizaram-se Tecnologias de Informática e Comunicação (TICs) como meio de aproximação e divulgação das informações, porém, outro problema emergiu, que foi a falta de acesso de parte da população à internet, principalmente os idosos com baixo desenvolvimento cognitivo. Essas tecnologias contribuíram para: produção do cuidado, a partir da compreensão do usuário da sua singularidade; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; e para o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde (CECCON, SCHNEIDER, 2020). O uso de tecnologias de informação e comunicação tem sido relatado como ferramenta para qualificação do trabalho em saúde, em especial, na APS, o que pode ser confirmado no presente relato (VENDRUSCOLO et al., 2019).

Os profissionais da equipe tiveram que usar criatividade para a reorganização dos serviços, com a definição de um escopo de ações a serem ofertadas, a partir da categorização das necessidades locais associada à análise individual e coletiva dos riscos. A proposta foi a continuidade das ações, mantendo a USF de portas abertas, mas com restrições e, sempre que possível, uso do telefone ou por meio de aplicativos, para dar seguimento individual e coletivo aos casos necessários (GIOVANELLA et al., 2021). Assim, há de se compreender essas mudanças e incorporá-las com a finalidade de prestar assistência de forma segura e responsável.

Diante desse desafio, a parceria com a UFPB em suas várias vertentes, seja na formação na disciplina de educação em saúde do Curso de Enfermagem, através do Programa de Educação pelo Trabalho Interprofissionalidade (PET-Saúde) e de projetos de extensão Saúde em comunidade, foi relevante. Estudantes, professores e trabalhadores da saúde reinventaram um cotidiano de trabalho e educação centrado na comunidade. E o rearranjo ocorreu não só para os serviços de saúde, mas, também, na perspectiva do processo de ensino-aprendizagem e na avaliação de estudantes de graduação.

O uso das TICs foi fundamental para o alinhamento teórico, conceitual, planejamento e avaliação de ações a serem desenvolvidas nesse território, facilitando o registro formal desse percurso, como também a comunicação entre os sujeitos envolvidos. Juntamente com os membros da equipe, eram postadas diariamente informações para evitar a propagação do coronavírus, orientações sobre o distanciamento social, sinais e sintomas da Covid-19, formas de contágio e os perigos da automedicação. Destarte, a adoção de estratégias pedagógicas com o objetivo de desenvolver competências para a educação interprofissional, tendo como cenário de aprendizagem as USF, resultou em uma (des)(re)construção de saberes, aprimorando o olhar sobre as práticas colaborativas em saúde e a atenção centrada nos sujeitos, território e comunidade (BARBOSA et al., 2020).

A Covid-19 proporcionou uma revolução no uso de tecnologias digitais na saúde, expandidas de modo acelerado, como a telemedicina e outras ferramentas digitais de saúde. Desenvolveram-se nesse período várias ferramentas que foram lançadas em nível nacional e internacional para enfrentar a emergência, incluindo ferramentas para realizar triagem on-line, monitoramento de sintomas, vídeo chamada e monitoramento remoto, como, também, para aplicação em estudos de vigilância epidemiológica local e nacional (CAETANO et al., 2020).

As atividades contaram com a necessidade de ações de estímulo à participação da comunidade como corresponsáveis pela sua saúde e pelo controle social. Toda equipe contribui utilizando recursos simples como vídeos, *lives* e grupos com aplicativos de mensagens, distinguindo as *fakes news* das reais orientações de saúde. Foram priorizadas informações para a população mais vulnerável da comunidade e fortalecida a parceria com o conselho local de saúde como potente instrumento de aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade. Para dar respostas rápidas ao enfrentamento da pandemia, o SUS precisou estruturar fluxograma, monitoramento epidemiológico do município, disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), qualificação das equipes, comunicação unificada, clara e efetiva com a população e toda a rede de atenção à saúde, apoio da telemedicina e regulação mais ágil para direcionar a demanda às vagas disponíveis. Assim como na experiência de Nova Lima (MG), as equipes de saúde conseguiram reestruturar as demandas das unidades, reorganizando o processo de trabalho da APS no enfrentamento da Covid-19, mas, também, ofertando a continuidade do cuidado aos grupos de risco (FERNANDEZ, 2020).

Em face do exposto, a Covid-19 mudou a dinâmica da residência médica, pois praticamente todos os residentes tiveram que participar ativamente de todos os processos de trabalho em que as equipes de Atenção Primária a Saúde (APS) foram envolvidas, assim como dos atendimentos em plantões, de emergência ou da cobertura dos mutirões de vacinação e testagem, em decorrência das altas demandas de acometimentos.

PONTOS DE CHEGADA

Em função do quadro epidemiológico atual da pandemia, a travessia continua até os pontos de chegada onde se iniciará uma nova jornada desafiadora. A experiência das equipes está alicerçada na abordagem territorial e comunitária, visando a atender às demandas assistenciais, quer sejam individuais ou coletivas, com responsabilidade populacional, construção e fortalecimento do vínculo com os territórios. O trabalho em equipe na perspectiva colaborativa foi e é essencial, dado o desafio diante das vulnerabilidades sociais, incertezas e da necessidade de se pensar e agir também visando à saúde do trabalhador e à gestão de seu processo de trabalho.

A cogestão desse processo e a permanente construção de diálogo entre equipes de saúde, residências, estudantes de graduação, projeto PET-Saúde, Estágio Interprofissional (EIP), projeto de extensão e comunidade procuram construir pontes de diálogos entre os saberes dos diferentes núcleos profissionais que se complementam na busca da integralidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se primordial que os serviços de saúde estabeleçam fluxos para que os profissionais de saúde estejam organizados e trabalhem em sintonia, desde o acolhimento, triagem clínica até a avaliação de sintomas e definição de casos, para que os usuários não sejam desassistidos, além dessas providências reduzirem os riscos relacionados ao Sars-CoV-2. Reitera-se a importância de equilíbrio entre a oferta segura do cuidado continuado no SUS e a redução dos prejuízos gerados à população diante do adiamento prolongado de atendimentos de rotina, quais sejam: puericultura, controle de doenças crônicas, planejamento familiar, prevenção ao câncer de colo de útero, mama e próstata, entre outros. Além de assistir cuidadosamente o usuário sintomático gripal para notificação, monitoramento, testagem e vigilância à saúde.

Nesse contexto, torna-se oportuno ressaltar a relevância da interprofissionalidade e da interdisciplinaridade mediante práticas colaborativas vivenciadas pelos profissionais, que foram uma estratégia potente para a qualidade dos cuidados ofertados diante de quadros leves e moderados da doença. A reestruturação das ações de saúde mostrou-se desafiadora, exigindo interconexão entre gestão do cuidado e da saúde, organização de recursos humanos, de insumos e tecnologias, utilização de indicadores epidemiológicos, fluxogramas e ações interprofissionais.

Como limitação do estudo, pode-se inferir que a proposta foi desenvolvida em duas USF, porém, com potencial para ser reproduzida em todos os serviços conforme estrutura física e singularidades do território.

A contribuição para a Saúde Coletiva foi essencial para garantir o acesso e o atendimento de todos os usuários que buscassem saúde, mesmo com foco nos sintomáticos respiratórios e tendo em vista tratar-se de uma doença recente, ainda em estudo. Cabe ressaltar a importância da capacidade de reinvenção dos profissionais no contexto do novo cenário pandêmico para atenção a usuário, família e comunidade, e envolvimento da equipe, dos residentes, preceptores, professores, estagiários e gestores para a efetivação do fluxo bidirecional de atendimento na APS-SUS.

E, no momento, o desafio maior que se apresenta em meio a essa catástrofe é fazer com que os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e suas respectivas metas se internalizem e se interiorizem, de fato, em nosso país, permitindo que seu potencial indutor do desenvolvimento sustentável realmente se concretize e traga os benefícios almejados para a nossa sociedade, no horizonte temporal de 2030 (ROMA, 2019).

Destarte, o contexto pandêmico permitiu que a APS fortalecesse suas ações voltadas ao enfrentamento da pandemia, porém, sem perder a essência das suas ações regulares, e reforçou seu protagonis-

mo no enfrentamento a emergências em saúde pública devido aos seus atributos essenciais e derivados, embora estivéssemos em um cenário de desvalorização da Atenção Primária no enfrentamento à Covid-19, refletindo em uma maior valorização do nível de atenção hospitalar.

Ressalta-se, ainda, que, mesmo em contextos adversos, é possível ofertar práticas de cuidado comprometidas com a qualidade e o reconhecimento das necessidades dos usuários, que não percam de vista a dimensão da importância de todos para troca e produção de conhecimentos e saberes, para, assim, construírem novos fazeres.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus**. Brasil. 2022. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 13 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19)**. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, fev 2020. Disponível em <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BARBOSA, A. S. *et al.* **Estratégia Saúde da Família, formação em saúde e interprofissionalidade: o olhar de estudantes**. In: REICHERT, A.P.S. (Org) *et al.* Cuidado, atenção e avaliação na APS: reflexões para a prática. João Pessoa: Editora UFPB, 2020.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00088920, 2020.

CECCON, R. F; SCHNEIDER I. J.C. Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. **SciELO Public Health**, 2020.

DUNLOP, C.; HOWE, A.; Li D; ALLEN, L.N. The coronavírus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**. v. 1, n. 4, 2020.

FERNANDES, R. S. et al. Potencialidades da Educação Popular em tempos de pandemia da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, 2022.

FERNANDEZ, M.V. et al. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 2, p. 114-121, 2020.

GIOVANELLA, L. et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, N. especial 4, p. 161-176, 2021.

HOLLIDAY, O. J. Para sistematizar experiências. **João Pessoa: Universitária**, 2006.

KERR, L. et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4099-4120, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. 2020. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&catid=1272&Itemid=836. Acesso em: 10 jan. 2022.

ROMA, J.C. Artigos indicadores de sustentabilidade. **Cienc. Cult.**, v. 71, n. 1, São Paulo jan/mar, 2019.

SIQUEIRA, G.F. et al. Trabalho do enfermeiro na atenção primária em saúde: conhecimento dos fatores estressores. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 2, p: 72-85, 2013. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Trabalho-do-enfermeiro-na-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-em-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2021.

VENDRUSCOLO, C. et al. Utilização das tecnologias de informação e comunicação pelos núcleos ampliados de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. 5, 2019.

CAPÍTULO 2

CAMPANHA DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DO ASSÉDIO MORAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Maiara Daís Schoeninger

Letícia de Lima Trindade

Elisabete Maria das Neves Borges

Kaciane Boff Bauermann

Grasiele Fatima Busnello

Rosana Amora Ascari

INTRODUÇÃO

A violência no trabalho é caracterizada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2019), como uma série de comportamentos e práticas inaceitáveis que expõe o trabalhador a danos físicos, psicológicos,性uais ou econômicos. No campo da saúde, a ocorrência desses eventos também é evidenciada, sendo na maioria dos casos pouco compreendida, banalizada e não enfrentada (STURBELLE et al., 2020), enfatizando fragilidades relacionadas ao apoio e posicionamento organizacional e institucional em reconhecer e manejar o fenômeno (BUSNELLO et al., 2021).

Dentre os tipos de violência, o assédio moral é comumente vivenciado por estes profissionais (NYBERG et al., 2021), apresentando uma estimativa média de 26,3% na área da saúde (LEVER et al., 2019). A prática dessa violência é caracterizada por condutas repetidas, prolongadas e sistemáticas, oriundas da chefia ou colegas de trabalho, que violam de modo intencional a integridade do indivíduo e impactam diretamente e negativamente nas relações de trabalho (NIELSEN; EINARSEN, 2018).

Por inúmeras vezes, esse processo inicia de modo sutil, invisível e

superficial, anulando no sujeito a possibilidade de identificar imediatamente o abuso, em seguida as vítimas são claramente isoladas, humilhadas ou evitadas em público (NIELSEN; EINARSEN, 2018). Desse modo, o fenômeno não pode ser avaliado como estático, mas como uma interação social dinâmica (NIELSEN; EINARSEN, 2018).

Essa mesma interação social pode prover soluções, ou ao menos, diminuição dos danos (NIELSEN; EINARSEN, 2018). Diante destes aspectos, a tecnologia social, por intermédio de uma Campanha, amplia esse debate, proporciona empoderamento, informação, formação, pensamento crítico, orientação e sensibilização acerca da temática, permitindo ainda, que os profissionais se apropriem de soluções e repliquem-nas em seu contexto laboral, transformando o processo e melhorando as condições de trabalho (CAPES, 2019).

Considerando o quantitativo da força de trabalho proveniente do setor saúde, faz-se necessário investigar e intervir sobre o fenômeno em diferentes contextos assistenciais. Deste modo, objetivou-se desenvolver uma Campanha regional para prevenção e enfrentamento do assédio moral nos serviços de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma proposta ancorada em uma macropesquisa de método misto multifásico e interventivo, que proporcionou achados para o desenvolvimento dos materiais da Campanha. Estes dados foram coletados junto a profissionais atuantes nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Terciária à Saúde (ATS) de 23 municípios das regiões oeste e extremo-oeste do estado de Santa Catarina, no Sul do Brasil.

Participaram da pesquisa em ambos os cenários, os profissionais Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem. Além disso, no âmbito da APS, as categorias profissionais de Médicos, Cirurgiões Dentistas, Auxiliares/Técnicos em Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, foram incluídas. Utilizou-se como critérios de inclusão: ser trabalhador de saúde dos cenários pesquisados e atuar há,

no mínimo, 12 meses no serviço. Foram excluídos do estudo os trabalhadores afastados por qualquer motivo no período da coleta de dados.

Para definição dos participantes na etapa quantitativa, foi considerando 95% de confiança e erro amostral de 5%. Deste modo, a amostra foi composta por 449 profissionais atuantes na APS e 198 atuantes na ATS, totalizando 647 sujeitos que responderam a um questionário sociodemográfico e ao *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, proposto pela Organização Mundial da Saúde (DI MARTINO, 2003).

Posteriormente, na etapa qualitativa, 25 profissionais participaram de entrevistas semiestruturadas conforme saturação dos dados (MINAYO, 2007). O processo de coleta ocorreu no período de 2016 a 2019. Estes achados, subsidiaram a necessidade do desenvolvimento da Campanha, que seguiu os três passos de estratégia de mensagem, sendo eles: criação e avaliação da mensagem; desenvolvimento criativo e execução; e revisão da responsabilidade social (KOTLER; SHALOWITZ; STEVENS, 2010). Na sequência considerou-se ainda, o desenvolvimento de uma comunicação eficaz composta por oito etapas, conforme figura abaixo:

Figura 1 – Metodologia para o desenvolvimento da Campanha



Fonte: (KOTLER; SHALOWITZ; STEVENS, 2010)

Após o desenvolvimento e divulgação dos materiais, a campanha foi validada por juízes-especialistas e pelo público-alvo, por meio de um Instrumento de Validação de Conteúdo (IVC) (TEIXEIRA; MOTA, 2011). Para todas as etapas foram respeitados os aspectos éticos recomendados nas Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde e a macropesquisa foi aprovada em um Comitê de Ética em Pesquisa, sob os seguintes pareceres: nº 713.728; nº 2.835.706/2018; nº 3.414.195/2019.

O DESENVOLVIMENTO DA CAMPANHA

Diante dos números expressivos encontrados na pesquisa de campo, a Campanha foi desenvolvida identificando os profissionais e trabalhadores atuantes na APS e ATS como público-alvo, seguidos dos usuários e gestores em saúde. Os materiais foram desenvolvidos e estruturados pelos achados da pesquisa, contendo como elementos centrais os conceitos da violência, perfil dos perpetradores, associação entre a ocorrência dos diferentes tipos de violência e as características sociolaborais dos profissionais, formas de prevenção e enfrentamento e meios que provoquem a reflexão e sensibilização acerca da temática.

Atendendo aos quesitos de simplicidade, baixo custo, fácil aplicabilidade/replicabilidade e impacto social, originados da tecnologia social, foram realizadas diversas ações e desenvolvimento de materiais instrucionais como: webpalestras; *podcast*; *banner*; *flyer*; boletim informativo; vídeos; *live*; fluxogramas; guia complementar e *website*, além da divulgação em congressos, mesas redondas e palestras nacionais e internacionais.

O *start* da campanha se deu por intermédio da webpalestra, intitulada como “Violência no Trabalho da APS” por intermédio da Plataforma Telessaúde do estado de Santa Catarina. Em seguida, em parceria da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), desenvolveu-se a criação da Logomarca para o desenvolvimento e divulgação dos *podcast*, intitulado como “FronteiraCast Saúde”

Figura 2 - Logomarca Fronteira Cast Saúde, 2020.



Fonte: Autores e UFFS (2020).

Os *podcast* relacionados à temática, foram intitulados como: “A Violência contra os Profissionais nos Serviços de Saúde”, “Como Prevenir e Enfrentar a Violência nos Serviços de Saúde” e “Assédio Moral Não é Legal”. Além disso, foram desenvolvidos *banner* e *flyers* para serem expostos nas salas de reuniões e de espera nos serviços de saúde.

Figura 3 - Banner para Sala de Reuniões, 2020.

UDESC UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA PPGENF PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM BOM LUGAR PARA TRABALHAR fapesp FUNDAGEM PARA A PESQUISA, INovação e Extensão

A violência pode ser classificada em:
Violência Física ou Violência Psicológica (Agressão Verbal, Assédio Moral, Assédio Sexual e Discriminação Racial)

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE:

INDIVIDUAL	COLETIVO	INSTITUCIONAL
Fuga ou negação; Relatar para o chefe; Contar para colega, amigo ou familiar; Buscar aconselhamento; Registrar evento; Buscar ajuda de sindicatos, conselho, associação.	Registrar comportamento agressivo; Realizar treinamento ou capacitação; Realizar investimentos em recursos humanos.	Realizar troca de escala/local trabalho; Protocolo para atendimento de pacientes com condutas violentas; Restrição de trabalho solitário x trabalho em equipe Melhorias no ambiente de trabalho; Medidas de segurança; Controle de acesso; Uso de Uniforme e identificação.

MEDIDAS MAIS EFETIVAS

Discussa sobre o tema com sua equipe

Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Figura 4 - *Flyer* para sala de Espera, 2020.

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM BOM LUGAR PARA TRABALHAR

ENFRENTAMENTO DA VIOLENCIA NO TRABALHO EM SAÚDE

Existe violência no trabalho em saúde?

No contexto da ESF, os trabalhadores sofrem atos violentos, os quais são motivados por situações críticas, que favorecem a ocorrência do evento, quais sejam, pela infraestrutura local, pelo perfil dos usuários, pelas peculiaridades do processo de trabalho.

A maior taxa de violência está relacionada aos trabalhadores que ficam responsáveis pela primeira comunicação direta com pacientes e seus familiares, ou seja, os profissionais de enfermagem, os tornando mais vulneráveis.

FORÇA FÍSICA
STOP
POD. ASSÉDIO
MORAL
DISCRIMINAÇÃO

CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como “uso intencional ou ameaça de uso da força física contra outra pessoa ou si próprio, que resulta, ou tem a probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico” (OMS, 2012).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece a violência no trabalho como: qualquer ação, incidente ou comportamento fundamentado em uma atitude voluntária do agressor, em decorrência da qual um profissional é agredido, ameaçado, ou sofre algum dano ou lesão durante a realização, ou como resultado direto, do seu trabalho (OIT et al., 2002).

Pode ser classificada em Violência Física ou Violência Psicológica (Agressão Verbal, Assédio Moral, Assédio Sexual e Discriminação Racial).

Responsáveis pela elaboração: Ms. Kaciene Hoff Bussmann; Ms. Mariana Scheninger; Orientadora Profa.Dra. Letícia de Lima Trindade; Contato: kacieneb@uol.com.br

Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Foram desenvolvidos ainda, vídeos para redes sociais, bem como para as salas de espera dos serviços de saúde, intitulados como: “Campanha de Prevenção e Enfrentamento da Violência contra os Profissionais nos Serviços de Saúde”, “Assédio Moral” e “Enfrentamento do Assédio Moral”.

Figura 5 - Vídeos - Campanha de Prevenção e Enfrentamento do Assédio Moral nos Serviços de Saúde, 2020.



Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Realizou-se também, uma *Live* intitulada como: “Vamos conversar sobre o Assédio Moral nos Serviços de Saúde?”.

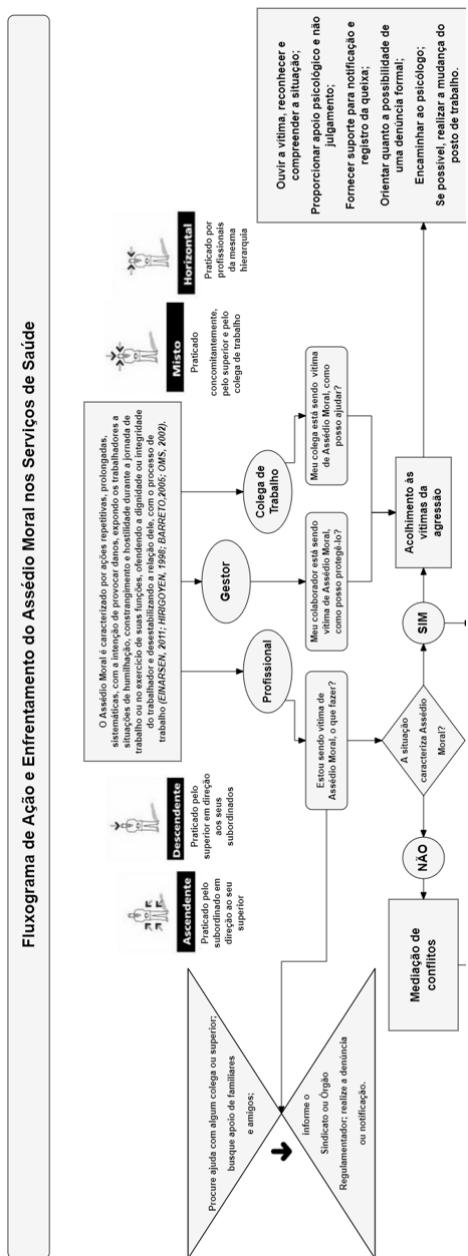
Figura 6 - Live - Vamos conversar sobre o Assédio Moral nos Serviços de Saúde?, 2020.



Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Ainda, foi desenvolvido um fluxograma de ação e enfrentamento do fenômeno, bem como o guia complementar, instrumentalizando os trabalhadores e proporcionando autonomia e acesso permanente a informação.

Figura 7 - Fluxograma de Ação e Enfrentamento do Assédio Moral nos Serviços de Saúde, 2020.



Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Figura 8 - Guia Complementar - Assédio Moral no Trabalho, e Agora??, 2020.



Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Foram consideradas como as mídias de interesse, as gratuitas e de rápido acesso, com divulgação pelo período médio de uma semana cada recurso, e oferta por tempo indeterminado nos canais do *Facebook* e *Instagram* das autoras, bem como, no *Youtube* da UDESC Oeste.

Para divulgação e alcance dos profissionais contou-se com a parceria das Agências de Desenvolvimento Regional de Saúde de referências das equipes participantes do estudo, além do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Santa Catarina. Ainda, por meio do contato com os respectivos gestores de cada município, os materiais foram disponibilizados de modo físico e digital.

As visualizações dos materiais instrucionais foram analisadas no dia 15 de dezembro de 2020 e totalizaram mais de 1834 acessos. Também de modo físico, foram fornecidos aos municípios participantes da pesquisa, 120 *folders*, 120 boletins informativos e 60 cartazes a serem expostos nas salas de espera e de reuniões. A campanha

foi validada por 15 juízes-especialistas, além de 16 trabalhadores do público-alvo, totalizando um Índice de Concordância Global (ICG) de 0,97, e Índice de Concordância Semântica (ICS) também de 0,97%. Realizou-se ainda, a avaliação da campanha por meio de um *feedback* dos participantes, que se mostrou positiva e repleta de incentivos para continuidade e importância de iniciativas dessa natureza.

Ainda, a intervenção foi premiada em congresso internacional e a Campanha passou a fazer parte do mapa de inovações do *Nursing Now Brasil*. Todos os materiais foram registrados junto à Câmara Brasileira do Livro e estão disponíveis por meio do *link*: [Campanha contra Violência nos Serviços de Saúde \(udesc.br\)](http://Campanha contra Violência nos Serviços de Saúde (udesc.br))

CONTRIBUIÇÕES DA CAMPANHA

Para o alcance dos objetivos propostos, bem como, dos profissionais e trabalhadores considerados como público-alvo, a campanha utilizou diversos meios de informação e comunicação de modo físico e digital. Estudo relacionado a uma campanha de promoção da saúde desenvolvida na Holanda, mostrou a efetividade das ações por meio do compartilhamento de folhetos e cartazes, publicações em jornais e revistas locais, realização de palestras e oficinas (semanais), criação de *website* e utilização de canais e redes sociais (HEGER et al., 2020). Autores enfatizam que a sensibilização frente a questões relacionadas à responsabilidade social, demanda maior visibilidade por meio de novas tecnologias de informação e comunicação que integram estratégias organizacionais, evidenciando a importância da utilização dessas ferramentas (HEGER et al., 2020; HAESEBAERT et al., 2020).

Todos os materiais que compuseram a campanha, foram desenvolvidos e intencionalmente estruturados pelos achados da pesquisa. Estudo mostra que o envolvimento da comunidade e população-alvo, é um importante determinante de sucesso dessas intervenções (HEGER et al., 2020). Além disso, é essencial que a mensagem da campanha seja adaptada para subgrupos específicos, com base em

fatores sociolaborais como idade, sexo, escolaridade e categoria profissional (HICKEY et al., 2018).

Com o intuito de atender a maior representatividade regional, a campanha foi validada por juízes-especialista e pelo público-alvo. Um dos objetivos da validação é o de identificar ações assertivas para a realidade investigada e deste modo, proporcionar a melhor interpretação e intervenção diante do fenômeno, e transformar os profissionais em agentes essenciais no processo de modificação da realidade (ADAMY et al., 2018).

A campanha buscou alcançar toda a região investigada, de modo a contribuir em diferentes aspectos individuais, coletivos, sociais e organizacionais. Intervenções deste aspecto mostraram que aumentar a conscientização é um passo essencial, mas ainda, insuficiente para a mudança de comportamento. Atitudes enraizadas dificilmente são modificadas por campanhas de pequena escala, entretanto, ampliar a consciência populacional, já é um avanço importante para futuras mudanças (HEGER et al., 2020; HAESEBAERT et al., 2020).

Os *feedbacks* recebidos foram repletos de incentivo direcionados à continuidade das ações. Pesquisas mostram que os resultados mais positivos relacionados às mudanças comportamentais foram associados a continuidade e repetição de campanhas. Ainda, a inserção, participação e envolvimento dos profissionais dos serviços de saúde, considerados como atores sociais transformadores, é essencial nesse processo (HICKEY et al., 2018).

Os diversos materiais foram elaborados em parcerias científicas e pelo Grupo de Estudos Sobre Saúde e Trabalho (GESTRA), da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Estudos corroboram com a importância da construção conjunta e demonstram que a efetividade das intervenções com foco no assédio moral está relacionada ao planejamento estratégico com a coparticipação de profissionais e acadêmicos, baseados em abordagens teóricas e metodológicas sólidas, além disso, elas devem ser testadas em todos os

níveis de prevenção (NIELSEN; EINARSEN, 2018). Os resultados obtidos, direcionam para a necessidade de continuidade e ampliação das campanhas voltadas à temática, incluindo veiculação na mídia televisiva e apoio financeiro, de modo que possa maximizar e engajar a população (HEGER et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da campanha de prevenção e enfrentamento do assédio moral nos serviços de saúde permitiu a observação da magnitude, singularidade, lacunas e nós críticos existentes relacionados a temática. Interagir e dar voz aos participantes, forneceu um importante diagnóstico situacional e direcionou as ações de acordo com as necessidades encontradas. Cabe ressaltar que todo o conteúdo permanece à disposição para acesso contínuo e permanente dos profissionais, gestores, instituições que tenham interesse na temática, resultando em uma tecnologia social.

Por se tratar de tecnologias que informam, orientam e instrumentalizam os profissionais diante de situações de assédio moral, prevê-se que os registros do fenômeno poderão aumentar, entretanto, neste caso, haverá também melhor manejo e condução das ações.

Todavia, cabe ponderar como limites da campanha, o surgimento da pandemia causada pela COVID-19, influenciando intrinsecamente nas demais atividades que poderiam ser realizadas, além da exposição, divulgação e impacto das mídias. Objetiva-se ainda, que após a campanha, as ações de prevenção e enfrentamento do assédio moral sejam fortalecidas e contribuam para a construção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

REFERÊNCIAS

ADAMY, E. K. et al. Validation in grounded theory: conversation circles as a methodological strategy. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 71, n. 6, p. 3121-3126, 2018. Disponível em: SciELO - Brasil - Validation in grounded theory: con-

versation circles as a methodological strategy Validation in grounded theory: conversation circles as a methodological strategy. Acesso em: 15 fev. 2021.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Produção Técnica, Grupo de Trabalho, Brasília/DF: 2019. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/novo_portal/documentos/DAV/avaliacao/10062019_Produ%C3%A7%C3%A3o-T%C3%A9cnica.pdf. Acesso em: 17 abr. 2020.

BRUSNELLO, F. G. et al. O enfrentamento da violência no trabalho da enfermagem contexto hospitalar e atenção primária à saúde. **Enfermería Global**, v. 62, p. 216-228, 2021. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200007&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2021.

DI MARTINO, V. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva; 2003. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVstresspaper.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.

HAESEBAERT, J. et al. Impact of a theory-informed and user-centered stroke information campaign on the public's behaviors, attitudes and knowledge when facing acute stroke: a controlled before-and-after study. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://gogale.ez74.periodicos.capes.gov.br/ps/i.doi?id=GALE%7CA642286849&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>. Acesso em: 26 fev. 2021.

HEGER, I. et al. Raising awareness for dementia risk reduction through a public campaign: a pre-post study. **BMJ Open**, v. 10:e041211, 2020. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com.ez74.periodicos.capes.gov.br/content/bmjopen/10/11/e041211.full.pdf?fbcrVersion=2>. Acesso em: 04 mai. 2021.

HICKEY, A. et al. Does stroke health promotion increase awareness of appropriate behavioural response? Impact of the face, arm, speech and time (FAST) campaign on population knowledge of stroke risk factors, warning signs and emergency response. **Eur Stroke J.**, v. 3, n. 2, p. 117-25, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31008344/>. Acesso em: 06 mai. 2021.

KOTLER, P.; SHALOWITZ, J.; STEVENS, R. J. **Marketing estratégico para a área da saúde**. 1. Ed. Porto Alegre/ RS: Grupo A – Bookman, 2010. 576 p.

LEVER, I. et al. Health consequences of bullying in the healthcare workplace: A systematic review. **J Adv Nurs.**, v. 2, n.75, p. 2105-2119, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez74.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/jan.13986>. Acesso em: 23 mar. 2021

MINAYO, M. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 10. ed. São Paulo/SP: Hucitec; 2007. 46 p.

NIELSEN, M. B.; EINARSEN, S. V. What we know, what we do not know, and what we should and could have known about workplace bullying: An overview of the literature and agenda for future research. **Mental Health Weekly Digest**, v. 42, p. 71-83, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178917301611?via%3Dihub>. Acesso em: 9 jan. 2021.

NYBERG, A. et al. Workplace violence and health in human service industries: a systematic review of prospective and longitudinal studies. **Medicina Ocupacional e Ambiental**, v. 78, p. 69-81, 2021. Disponível em: <https://oem.bmjjournals.com.ez74.periodicos.capes.gov.br/content/oemed/78/2/69.full.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2020.

OIT - Organização Internacional do Trabalho. **Conferência Internacional do Trabalho**. Convenção sobre Violência e Assédio. Genebra: OIT, 2019, 9 p. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/genericdocument/wcms_729459.pdf. Acesso em: 05 set. 2021.

STURBELLE, I. S. et al. Workplace violence types in family health, offenders, reactions, and problems experienced. **Rev. Bras. Enferm**, v. 73, p. e20190055, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002019000600632&script=sci_arttext&tlang=en. Acesso em: 10 jan. 2021.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. S. **Validação passo a passo de tecnologias educacionais**: Tecnologias Educacionais em Foco. 1. ed. São Caetano do Sul/SP: Difusão, 2011.

CAPÍTULO 3

ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL NO SISTEMA PRISIONAL COMO INSTRUMENTO DE RESSOCIALIZAÇÃO

Reges Antonio Deon

Lorenzoni Cortina

Rosi Maria de Carli

Nathieli Aparecida da Silva

Arnildo Korb

INTRODUÇÃO

Este texto relata a experiência no acolhimento inicial, como instrumento de ressocialização, que se realiza em uma instituição prisional do Oeste de Santa Catarina a partir dos trabalhos realizados pela equipe multiprofissional, esta, constituída por um assistente social, um enfermeiro e um psicólogo.

Entre os meses de maio de 2018 a dezembro de 2019, durante estas entrevistas de acolhimento inicial da equipe multiprofissional aplicou-se, também, um questionário semiestruturado, adaptado do Manual de Atribuições da Equipe de Saúde no Sistema Prisional. Os entrevistados eram todos do sexo masculino.

Por meio dessas perguntas buscou-se investigar sobre as condições de saúde nos aspectos físicos e mentais, experiências laborais, educacionais, condições sociais e histórico prisional. Na instituição objeto do relato, as entrevistas de acolhimento inicial são realizadas uma vez por semana, conforme cronograma definido pela equipe de saúde. Mais do que apresentar os resultados da entrevista, interessava-nos apresentar discussões e afirmações sobre a importância do acolhimento multiprofissional nesses espaços de reclusão e de tentativa

de ressocialização. Para nos respaldar, apresentamos, a seguir, uma breve revisão de literatura na qual contextualizamos a realidade do sistema prisional brasileiro e o comparamos com de outros países. Apresentamos, também, elementos teóricos sobre as normatizações que atribuem competência aos setores da saúde nessas instituições para contribuírem no processo de ressocialização.

A PRISÃO E A RESSOCIALIZAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL

Em uma análise a qual possa remeter à possibilidades de mudança no texto so sistema penal vigente, é necessário que a privação de liberdade tenha um propósito ao infrator. Evidente, que o mesmo não se encontra em condições de escolher ou propor algo para a sociedade no momento em que ele é recolhido. Contudo, oportunizando meios para ele se reinserir na sociedade e não apenas isolar-se dela por um determinado período pode se apresentar como uma possibilidade de repensarmos o sistema prisional. Deste modo, o acolhimento, a assistência, as atividades laborais e educacionais devem ser os principais objetivos da instituição prisional.

Segundo Guilherme de Souza Nucci (2012, p. 606) prisão é “a privação da liberdade, tolhendo-se o direito de ir e vir, através do recolhimento da pessoa humana ao cárcere”. Mas para o entendimento da coletividade, trata-se de uma instituição do Estado que proporciona e impõe o isolamento dos indivíduos que praticaram algum crime ou delito contra a sociedade ou indivíduos isolados, utilizando o tempo de pena no preparo do retorno ao convívio social.

Porém, com o passar dos anos, o sistema prisional evoluiu do caráter punitivo da pena para o de ressocialização e de reintegração dos indivíduos infratores, isto, porque o aumento gradativo da população carcerária nacional exigiu dos órgãos públicos, ações para atender a demanda e cumprimento do seu objeto social. Contudo, é de longa data que o sistema prisional brasileiro se tornou objeto de

profundas discussões, tanto no âmbito político, quanto social. Talvez, as discussões tornam-se mais volumosas e consistentes em virtude das máximas garantias individuais que se apresentam nas reformas aos códigos de direitos civis.

É, neste panorama, que se percebe dentro do processo e execução penal, o declínio de aplicações da pena privativa de liberdade, exatamente por fracassar na sua intenção revelada, a de ressocialização do delinquente. Pelo oposto, parece mais legítimo afirmar que esta convivência nos presídios estimula ainda mais a sua reincidência. Assim, seja no Rio de Janeiro, em Paris, Buenos Aires ou Cingapura, em muitas situações, o interno penitenciário é afastado de direitos sociais proeminentes, isto porque o estigma da reincidência o persegue (FLORENCIO; COSTA, 2021).

Não distante desta linha de raciocínio, segundo a corrente teórica que tem por base a criminologia crítica, parece válido pensar que o sistema penal foi estabelecido socialmente com a finalidade de aprisionar as mazelas sociais, escamoteando as feridas cavadas pela exclusão e pela cobiça por poder determinadas pelas lutas de classes, onde observa-se que em detrimento de uma política social investe-se excessivamente em uma política de execução penal (OLIVEIRA; LEITE, 2019).

Neste cenário, as prisões se apresentam como “instituições totais”, designadas para fornecer uma residência à diferentes categorias de pessoas socialmente indesejadas que são impedidas de trocas sociais com o mundo exterior. A principal característica dessas instituições é a quebra das barreiras que separam as diferentes esferas da vida de uma pessoa: comer, trabalhar, relacionar-se e dormir são ações fundamentais da vida social que os indivíduos realizam em lugares diferentes, com pessoas diferentes e sob uma autoridade diferente. O principal risco associado às instituições totais é que elas contribuem para a formação de identidades institucionalizadas as quais não conferem alternativas de crescimento pessoal em todos os aspectos da vida dos indivíduos. Dentro desta lógica, o projeto de ressocialização

fica inviabilizado ou comprometido (GOFFAMAN, 1987).

Perante o exposto, destacamos que um dos marcos assistenciais à população prisional foi a Lei de Execução Penal (LEP) a qual estabeleceu as responsabilidades do Estado. Estabeleceu, também, as competências quanto aos direitos assistenciais, como saúde, educação, trabalho, assistência jurídica, social e religiosa às Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) durante o período de prisão (BRASIL, 1984). O código penal brasileiro tem intrínseca relação com a LEP nº 7.210 de 11 de julho de 1984, e que resultou de profundos debates quando se buscava a reforma judicial, a qual foi promulgada em 11 de julho de 1984 com algumas redações posteriores (BRASIL, 1984). Pinto e Souza (2019) asseveraram que a compreensão da maioria das pessoas em relação as medidas penais, têm como alvo a reintegração do apenado na sociedade.

Desta forma, estes indivíduos necessitam voltar a viver em sociedade com posturas e condutas adequadas ao que se considera normal entre as regras de convivência. Os autores ainda afirmam que a ressocialização ajuda a prever, de forma ativa, ações de criminosos. Portanto, acredita-se que poderia ser reduzido o número de condenados reincidentes a partir de medidas de reintegração mais qualificadas. Essa reintegração também foi proporcionada após a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), e sob a ótica do direito universal à saúde, tendo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído em 2003, como marco efetivo desse direito (BRASIL, 2003).

Visando melhor operacionalizar a assistência prestada as PPL no âmbito do SUS, foi instituída, em 2 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) que objetivou promover o acesso das PPL à Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo em vista o cuidado integral e humanizado. A equipe multiprofissional de Atenção Primária Prisional (eAPP) é composta por enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista, técnico ou au-

xiliar de saúde bucal, psiquiatra, psicólogo e assistente social.

Para garantir esse atendimento universal, dedicam carga horária semanal entre 6 a 30 horas, a depender do número de reeducandos custodiados (BRASIL, 2014). A ressocialização pode significar um modo de reconstruir a individualidade e os costumes. As ações desenvolvidas durante o cumprimento da pena, tem como fim fortalecer o indivíduo sob as consequências negativas incidentes sobre a vida deste, o que preconiza a grande importância das medidas com intenção de robustecer os laços que o ligam a sua família e à sociedade, instituindo assim uma cadeia de relações com o mundo de fora para que deste modo surja a adaptação ou readaptação que se torna em muitos casos imprescindível a fim de encontrar condições de reintegração social ao ser posto em liberdade (PINTO; SOUSA, 2019).

Além de proporcionar a atenção integral à saúde dos privados de liberdade, a equipe busca coletar informações das mais variadas para subsidiar a tomada de decisão na elaboração do plano individualizador da pena. Este plano, conforme Art. 7º da LEP, deverá ser estabelecido pela Comissão Técnica de Classificação (CTC), composta por profissionais de segurança e saúde (BRASIL, 1984).

Considerando as variações regionais do nosso país, no entanto, a maioria das PPL são adultos jovens, predominantemente do sexo masculino e raça negra. Com nível socioeconômico inferior, baixa escolaridade e, pertencentes a comunidades vulneráveis (CORDEIRO et al., 2019).

Atrelado ao comportamento social, o uso e/ou comércio de drogas ilícitas costuma ser acompanhado de ações criminosas, constituindo grande proporção da PPL, ligada direta ou indiretamente as causas desta ação. Na prisão pode ocorrer agravamento de situações/condições pré-existentes ao encarceramento, tanto no aspecto físico quanto a nível psicológico e social. Assim, a experiência prisional pode ter efeitos diferentes dependendo da pessoa, da experiência de vida pessoal e dos recursos disponíveis.

Assim apresentado, entende-se de que as unidades prisionais re-

presentam uma oportunidade de responder com oferta de serviços e ações intersetoriais adequadas as necessidades desta população. Estes determinantes sociais são objetos de direcionamento das intervenções durante o cumprimento da pena. Na instituição prisional, desde a implementação do referido processo de trabalho, em maio de 2018, até dezembro de 2019, foram realizadas 390 entrevistas iniciais.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O trabalho multiprofissional reafirma a importância de um tratamento específico para estes indivíduos diferente de outros cenários e contextos. As especificidades da intervenção decorrem de uma análise de atuação multiprofissional que possa ter em conta o plano individual, familiar e social, e que dê maior destaque ao estudo das condições antes e depois da detenção no contexto de um projeto de reabilitação e ressocialização concreto, baseado nas características específicas do reeducando, em que os profissionais que atuam dentro da prisão formam diferentes peças de um mesmo conjunto.

Deste contingente, foram encaminhados 340 reeducandos para o setor educacional, 390 para o trabalho e, 80 para consultas em diversas especialidades, como oftalmologista, odontologia, psicologia, pneumologista, infectologista e clínica geral. Possibilitou-se 348 contatos familiares e 98 reeducandos encaminhados para confecção de documentos pessoais. No que se refere a consulta de enfermagem, foi proporcionada testagem rápida hepatites B e C, sífilis, HIV e solicitação de baciloscopia para os sintomáticos respiratórios. Avaliaram-se situações de doenças pré-existentes em tratamento ou não, a situação vacinal de cada reeducando e encaminhamentos, quando necessários, ao médico clínico geral. Após este primeiro contato, ao profissional enfermeiro, compete identificar as necessidades, elaborar o plano de cuidado e implementar a assistência estimulando o autocuidado e a independência do indivíduo privado de liberdade dentro das limitações e da disciplina imposta pelo sistema. A segurança nunca deve ser

subestimada dentro de uma prisão. É imprescindível estabelecer um equilíbrio operacional que estabeleça uma relação justa entre os regulamentos prisionais e os processos assistenciais adequados.

A saúde é um direito de todos, sem distinção (BRASIL, 2003). Há a preocupação em garantir a todos os reeducandos os mesmos cuidados de saúde dos prestados aos cidadãos não encarcerados. Por apresentar uma realidade complexa com vulnerabilidades particulares, a população prisional necessita de ações articuladas que atendam as demandas mais urgentes em todos os aspectos.

Compreendendo atuação nos níveis de promoção; prevenção; diagnóstico; tratamento e reabilitação. Neste aspecto, a manutenção da saúde representa uma condição indispensável no processo de ressocialização; pois as atividades assistenciais na prisão estão entre as finalidades institucionais confiadas à administração prisional. A avaliação psicológica no início do cumprimento da pena pressupõe identificar distúrbios psicológicos que antecederam a prisão. Na prática, durante o acolhimento, busca-se conhecer os detentos enquanto sujeitos a partir da história de vida, familiar, social, laboral e educacional com vistas na identificação de habilidades e potencialidade, fragilidades e necessidades.

A privação de liberdade, comporta viver um período, muitas vezes imprevisível, seguindo ritmos e regras estabelecidas. Este quadro é atribuível às causas de estresse, mas também a fatores como as consequências da perda emocional, a falta de intimidade, elementos que acompanham o início da detenção e contribuem para despertar alterações no modelo de vida anterior. A presença no cárcere de uma elevada porcentagem de reeducandos que são dependentes químicos, associado ao elevado grau de desconforto promovido pelo ambiente, são fatores que contribuem para tornar o doente encarcerado muitas vezes pouco inclinado à colaboração, com atitude exigente e tendendo a expressar formas de solicitação de assistência, sobretudo terapêuticas, de forma recorrente e inadequadas (ERBES; FERREIRA,

2020). Por este motivo, a avaliação inicial possibilita minimizar o risco de desenvolver problemas de ordem psicológica mais graves no decorrer do cumprimento da pena.

No que refere aos aspectos sociais e familiares, fica à critério do assistente social identificar as necessidades e respectivos encaminhamentos, como: articular o contato familiar para orientação quanto as visitas ou reestabelecimento de vínculos; encaminhamentos para confecção de documentos; contato com a rede externa, a exemplo do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS). É tarefa do serviço social relatar sobre a rede social e familiar do reeducando, destacando a relação que ele tem com a realidade externa e a possibilidade de interação com os recursos presentes ou que podem ser açãoados.

Neste sentido, o acolhimento multiprofissional, possibilita o olhar técnico de cada profissional e, ao mesmo tempo, o diálogo entre as áreas de conhecimento para promover a atenção integral ao sujeito, e, assim, elaborar um plano individualizador da pena.

O referido plano individualizador da pena pressupõe conhecer o sujeito, identificar suas necessidades, dificuldades, fragilidades e potencialidades (BRASIL, 1984). De semelhante modo, pressupõe que a instituição necessite colaborar para o fornecimento de atividades educacionais e laborativas, intervenções para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (física e mental) e, assim, acompanhar o reeducando durante todo o processo de cumprimento da pena.

No que se refere à educação, a LEP assegura a educação escolar e a formação profissional do reeducando durante o período da pena. Esta, fornece elementos éticos e morais para alicerçar a singularidade dos sujeitos, e a científicidade fornecida no ensino, nos diversos níveis de formação, possibilita aos sujeitos a reinclusão na lógica social que mantém o sistema sociopolítico estável no qual as instituições estão inseridas. Em outros termos, é credenciar ao reeducando a possibilidade de desenvolvimento de competências e habilidades em áreas

do conhecimento que lhes sejam atraentes, de modo que desenvolva responsabilidade por suas ações.

Contudo, na educação trabalha-se em intervenções cujos efeitos delas, por vezes, são visíveis somente em longo prazo, pois requer que os sujeitos reflitam e internalizem novos elementos que possam reestruturar os alicerces que os sustentam (ERBES; FERREIRA, 2020). As necessidades relacionadas ao emprego e à disponibilidade de uma residência fixa, desempenham um papel igualmente decisivo para garantir que o caminho ativado na prisão através da educação possa ser mantido extra muros. Pode-se constatar que a prática do estudo está intrinsecamente ligada ao trabalho, pois ambas possibilitam remissão da pena e estão previstas enquanto direitos legais, e nos projetos de ressocialização da LEP.

O trabalho é visto como um dos principais elementos terapêuticos do tratamento penitenciário, pois quando é oportunizado ao reeducando desenvolver uma atividade produtiva, ele não apenas contribui para sua subsistência, mas, pode fornecer uma fonte de sustento econômico para si e para a família. Porém, destaca-se que o aprendizado de um novo ofício favorece a aquisição de uma maior consciência das próprias capacidades e consciência do seu papel social, recuperando a condução de sujeito social por ele perdido. A atividade laboral desenvolvida pelo interno nessas unidades penais, quando fornecidas, tem função normativa e corretiva ao passo que diminuiu a ociosidade, favorece o tratamento reeducativo e possibilitando ao interno uma forma de organização da vida dentro e fora do ambiente prisional (ISSLER; SANTOS; SOLIGO, 2020). Essa condição pode proporcionar a eles uma economia mínima a qual poderá dispor no momento que é posto em liberdade.

Segundo os princípios constitucionais de garantia de direitos, a implementação deste processo de atenção e de acompanhamento dos privados de liberdade é crucial para garantir a atenção à saúde (física e mental), manutenção de vínculos extra muros (familiares)

em perspectiva futura de reinserção social. Também, ao passo que este processo de trabalho assegura direitos fundamentais aos reeducandos, possibilita-se a percepção de que o sistema penal pode contribuir significativamente no processo de ressocialização, como permitir o reconhecimento de que estes direitos são os pilares para a manutenção de uma vida social digna sem envolvimento no crime.

Constatou-se que a realização da entrevista de acolhimento inicial é imprescindível para vislumbrar a individualização da pena e o tratamento singular dos sujeitos. Esta medida pressupõem a redução da reincidência e atribui ao sistema prisional a sua função social de contribuir para o reeducando atingir as metas a ele propostas.

Neste contexto, o trabalho multiprofissional constitui-se numa ferramenta que integra competências, conhecimentos e habilidades dos profissionais das diferentes áreas, com o propósito único voltado para a obtenção de melhores resultados no atendimento aos reeducandos. De modo geral, torna-se indispensável a adoção de práticas que proporcionem mudanças significativas no ambiente prisional, de modo que se viabilize o processo de individualização da pena a partir de medidas voltadas ao processo de ressocialização. Ainda, o estabelecimento de uma proposta terapêutica favorece atuar em perspectiva preventiva, promotora de saúde e bem-estar físico, psicológico e social, de modo a ampliar a possibilidade de resolutividade dos casos necessários.

Enfrentadas as dificuldades, propicia-se o acesso e vislumbra-se a garantia aos direitos. Cabe ressaltar que cada instituição prisional é responsável por definir a disposição, disponibilidade das equipes e a dinâmica das entrevistas de acolhimento inicial conforme sua realidade, mas se tratando de um dispositivo legalmente instituído, faz-se necessário a implementação deste processo de trabalho em todas as unidades prisionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento multiprofissional é um processo que proporciona dignidade, reconhece e efetiva direitos aos privados de liberdade. Esse processo pressupõe colocar em prática ações que humanizem o cumprimento da pena, bem como, possibilita alternativas de reinserção do sujeito infrator no contexto social quando posto em liberdade. As informações obtidas neste processo são fundamentais para estabelecer e concretizar o processo reeducativo dos internos durante o período de privação de liberdade.

Paralelamente, no acolhimento, o profissional atua na integração entre conhecimento, disponibilidade e acesso a recursos para o desenvolvimento das habilidades e capacidades individuais. Como processo de trabalho, constitui-se num instrumento efetivo e útil para a prática multiprofissional, com possibilidade de reprodução em outras unidades prisionais.

Percebeu-se, como muita evidência, que a implementação deste processo de trabalho, como instrumento de ressocialização, envolve investimento de tempo, empenho por parte dos profissionais e da administração prisional; na compreensão de uma pena reeducativa capaz de provocar mudanças.

Espera-se que o conteúdo deste relato possa propiciar mudanças significativas na prática dos profissionais de outras unidades prisionais e que porventura ainda não tenham adotado essa proposta de acolhimento. Dentro do que se possa esperar com essas ações estão os propósitos de se estimular nesses sujeitos, também, a construção de processos que atendam ao objeto social da privação de liberdade, como a ressocialização.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 7.210 de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1984, Seção 1, p. 10227. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7210-11-julho-1984-356938-norma-pl.html> Acesso em: 11 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário**. Brasília, DF: MS, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 11 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.2, 3 jan. 2014. Seção 1, p.2. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/%20content/id/30049465/do1-2014-01-03-portaria-interministerial-n-1-de-2-de-janeiro-de-2014-30049457 Acesso em: 11 abr. 2021.

CORDEIRO, J. C. et al. Perfil da população prisional no brasil: um estudo a partir dos dados compilados pelo infopen, 2017. **Anais do EVINCI-UNIBrasil**, v. 5, n. 1, p. 36-36, 2019.

ERBS, R. T. C; FERREIRA, F. A. A importância da democratização da educação no sistema prisional brasileiro. **Pótesis Pedagógica**, v. 18, p. 188-198, 2020.

FLORÊNCIO, R. R; COSTA, E.S. Crime e castigo: breves notas sobre presídios brasileiros e penas alternativas. **Cadernos UniFOA**, v. 16, n. 45, 2021.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

ISSLER, M.; SANTOS, C. S.; SOLIGO, V. O trabalho como instrumento de ressocialização: ações no âmbito do Patronato Penitenciário de Cascavel. **Revista Brasileira de Execução Penal-RBEP**, v. 1, n. 1, p. 187-195, 2020.

NUCCI, G. S. **Código de Processo Penal Comentado**. 11.ed. São Paulo: RT, 2012.

OLIVEIRA, T. C. G; LEITE, M. A. Criminologia crítica: uma análise aos processos formais e informais de construção da criminalidade. **Revista Multidisciplinar do Sertão**, v. 1, n. 2, p. 284-294, 2019.

PINTO, R. A; SOUZA, W. M. Ressocialização: a finalidade da pena e as poucas chances do egresso no meio social. **Revista Vox**, n. 10, p. 34-46, 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA E CIDADANIA DE SANTA Catarina (SJC). **Atribuições da Equipe de Saúde no Sistema Prisional**. Florianópolis – SC, 2016, 32. Disponível em <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/sistema-prisional/10990-atribuicoes-da-equipe-de-saude-no-sistema-prisional/file> Acesso em: 31 jul. 2021.

CAPÍTULO 4

FELICIDADE NO TRABALHO: UM ESTUDO COM ENFERMEIROS PORTUGUESES EM CONTEXTO INSULAR

Sofia Azevedo Feitor
Elisabete Maria das Borges Neves

INTRODUÇÃO

O mundo laboral tem sofrido grandes mudanças ao longo das últimas décadas, principalmente devido à digitalização em massa, às novas exigências laborais, ao aumento da intensidade de trabalho, à precariedade, ao envelhecimento da população ativa e, consequentemente, à preocupação pela sustentabilidade dos sistemas económicos. Todas estas mudanças, agora aliadas à pandemia causada pela doença do novo coronavírus (COVID-19), contribuíram para que os riscos psicossociais no trabalho aumentassem e obtivessem maior visibilidade (BURKE, 2021).

Assim, os paradigmas, teorias e práticas que orientaram, durante décadas, empresas e sociedades desajustaram-se face às necessidades de empregadores e colaboradores, surgindo novas práticas resultantes da investigação em diversas áreas. A psicologia positiva foi uma teoria emergente dessas necessidades, que procura estudar os aspectos positivos e a capacidade de resiliência de pessoas e comunidades. Derivado desta teoria, os conceitos de bem-estar geral e felicidade tornaram-se temáticas de interesse crescente junto de novos investigadores (FISHER, 2010).

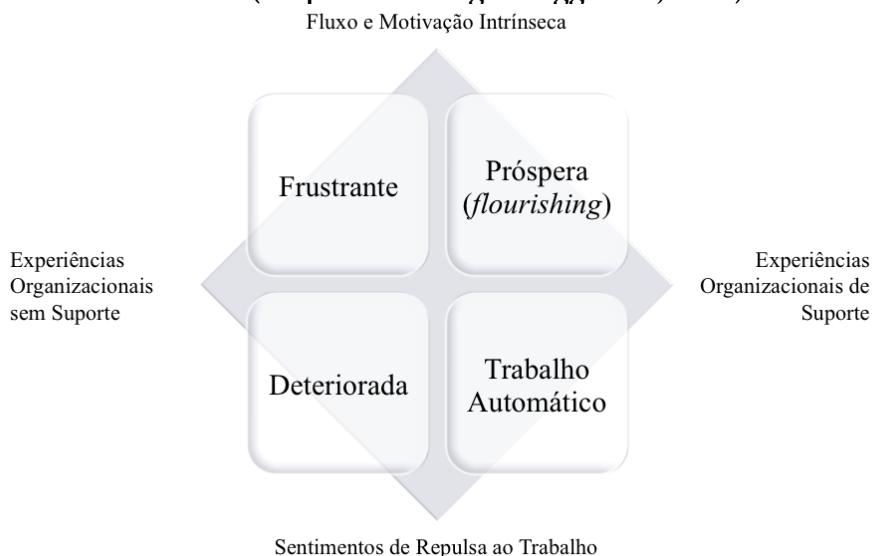
O conceito de felicidade no trabalho tem recebido maior atenção ao longo dos últimos 10 anos, particularmente na área dos recursos humanos, tendo-se transformado rapidamente em objetivos e estratégias que empresas e organizações tentam delinear e aplicar, de forma que essa felicidade se reflete na produtividade e envolvimento dos trabalhadores (MUÑOZ, CASALLAS, 2021).

Embora tenham emergido várias definições para o conceito de felicidade no trabalho, não existe consenso mútuo entre autores (MUÑOZ, CASALLAS, 2021). A definição base sustentada por muitos deles foca-se no trabalho de Fisher, que define felicidade no trabalho como um conceito amplo, o qual engloba fatores individuais (compostos por aspectos mais transitórios e mais estáveis no tempo) e organizacionais, tendo três focos principais: o trabalho em si, as características do trabalho e a organização. Desta forma, o conceito abrange três constructos, o de *engagement* (envolvimento cognitivo e afetivo no trabalho), satisfação com o trabalho (juízos sobre as características/condições do próprio trabalho) e compromisso organizacional afetivo (ligação emocional/afetiva com a organização e identificação com os seus valores). Estes focos e constructos, em conjunto, conseguirão fotografar uma imagem completa e abrangente da felicidade dos trabalhadores, envolvendo um constructo motivacional (*engagement*) e dois constructos atitudinais (satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo) (FISHER, 2010).

Outros autores defendem, de forma mais simples, que para ser feliz no trabalho, as experiências organizacionais positivas terão de superar as negativas (SINGH & AGGARWAL, 2018). Com base num estudo sobre a construção de uma medida multidimensional para o conceito de felicidade no trabalho, os mesmos autores apresentam quatro estilos preditores de felicidade no trabalho: frustrante, próspéra, deteriorada e de trabalho automático (SINGH, AGGARWAL, 2018). Este modelo tem como base a existência de experiências organizacionais de suporte e sem suporte, a presença de fluxo/motivação intrínseca e sentimentos de repulsa ao trabalho (Figura 1).

Assim, se o trabalhador tem suporte por parte dos seus pares e organização e apresenta motivação e fluxo no trabalho, surge o estilo preditor de felicidade próspero ou *flourishing*, onde o indivíduo cresce e enriquece no trabalho. Se o trabalhador possuir motivação, mas não apresentar experiências de suporte por parte da organização, surge o estilo preditor de felicidade frustrante. Quando o indivíduo apresenta sentimentos de repulsa relacionada ao trabalho, não sentido motivação nem gosto por aquilo que faz, poderá resultar em trabalho automático, se, apesar de tudo, existirem experiências de suporte no trabalho. Por fim, se ambas as partes não se apresentarem saudáveis, o estilo predominante será o mutuamente deteriorativo, não existindo suporte organizacional nem motivação pessoal, onde ambas as partes saem prejudicadas (SINGH, AGGARWAL, 2018).

Figura 1. Estilos preditores de felicidade no trabalho (adaptado de Singh e Aggarwal, 2018)



Alguns fatores potenciadores de felicidade no trabalho em nível organizacional são a presença de sentido de equidade e justiça organizacional, confiança entre pares, autonomia das equipas, promoção da

segurança no trabalho, remuneração justa, investimento na formação dos trabalhadores, avanço na carreira, supervisão adequada, estabelecimento de relações positivas e *feedback* positivo. Em nível individual, deter afetividade disposicional positiva, capacidade de adaptação face a situações adversas e identificar-se com a ideologia da empresa potenciarão também a felicidade no trabalho (FISHER, 2010).

Em 2013, foi apresentado por um autor inglês um modelo, denominado Modelo Vitamínico de Warr, o qual pretende explicar a influência de certas características laborais na felicidade/infelicidade dos trabalhadores. O modelo tem como base a analogia do efeito que determinadas vitaminas têm no organismo humano, nomeadamente as vitaminas C e E (que quando ingeridas em excesso não têm propriamente efeitos nocivos, mas sim “constantes”) e as vitaminas A e D (que quando ingeridas em excesso podem provocar dano no ser humano), com as características laborais e os possíveis níveis de felicidade dos trabalhadores. O autor agregou às vitaminas C e E características como a segurança no trabalho, apoio das chefias, avanço na carreira e equidade no ambiente de trabalho e às vitaminas A e D características como metas geradas externamente, claridade de contexto de trabalho e oportunidades de controle. Quanto às primeiras, todas elas, quando existem em “excesso” no ambiente laboral nunca serão nocivas nem tóxicas para trabalhadores nem gestores, representando sempre positividade. No entanto, quando as metas/objetivos laborais a atingir são geradas apenas pelos gestores (e não em partilha com toda a equipe, podem gerar grandes cargas de trabalho e efetivamente diminuir os níveis de produtividade, motivação e felicidade dos trabalhadores. O mesmo acontece quando existe muita clareza do contexto de trabalho, não havendo lugar para a criatividade nem para desenvolvimento pessoal e profissional. Quanto às oportunidades de controle, o raciocínio do autor passa pelo seguinte: quando as “oportunidades” de controle ou de crescimento passam a ser obrigatórias, forçando a conduta laboral, por exemplo, na tomada de decisões difíceis e na prática de habilidades de trabalho muito complexas, estas características irão provocar

sobrecarga de trabalho e consequentemente infelicidade no trabalho, ultrapassando as capacidades dos trabalhadores (WARR, 2013).

Em enfermagem, os estudos sobre felicidade no trabalho são escassos em nível mundial, contudo, na última década tem-se assistido a um aumento de estudos desenvolvidos e publicados (JAVANMARDNEJAD et al., 2021; VAKILI et al., 2020).

Para os enfermeiros ser feliz no trabalho passa, em muitas situações, por colocar o outro em primeiro lugar, podendo provocar intensificação dos níveis de estresse, sofrimento e cansaço. Assim, torna-se importante que os enfermeiros gestores se consciencializem e potenciem a felicidade, de forma a que os profissionais sejam mais felizes, produtivos e contribuam para cuidados seguros e de qualidade (SAN, 2015).

Alguns autores estudaram os níveis de felicidade em enfermeiros, avaliando a felicidade de forma geral e não com instrumentos específicos de medição de felicidade no trabalho. Contudo, na sua grande maioria os níveis de felicidade encontrados foram moderados (JAVANMARDNEJAD et al., 2021; VAKILI et al., 2020).

Tem sido demonstrado que, em nível organizacional, uma maior satisfação com o trabalho, com o salário e com a equipa médica (KHOSROJERDI et al., 2018), hierarquias profissionais bem definidas e uma maior autonomia dos enfermeiros (HWANG, 2019) são fatores potencializadores de felicidade nos profissionais de enfermagem. Por outro lado, fatores como barreiras no avanço da carreira, instabilidade na vida pessoal e a existência de um fraco sistema de apoio aos enfermeiros por parte da instituição (BUAKLEE et al., 2017), leva ao decréscimo da sua felicidade. Em nível individual, os enfermeiros com boa saúde mental (KHOSROJERDI et al., 2018), com uma percepção boa ou muito boa do seu estado de saúde geral, com graus académicos superiores e que realizam exercício físico regular (HWANG, 2019), apresentam níveis de felicidade superiores.

A literatura aponta ainda que profissionais mais felizes, serão mais produtivos, alcançam mais objetivos organizacionais e detêm mais energia e felicidade na vida pessoal (BÍRLÄDEANU, 2021), apresen-

tando uma menor rotatividade de empregos, o que na área da enfermagem é algo muito difícil de combater. Assim, torna-se importante avaliar a felicidade no trabalho dos enfermeiros, e não apenas a sua felicidade geral, de modo a perceber os pontos fortes das organizações e serviços, promovendo o desempenho de cuidados de melhor qualidade.

Contudo, ainda segundo os autores tentar alcançar felicidade no trabalho é um processo delicado, visto que a linha que separa a felicidade e infelicidade organizacional é tênue. Desta forma, os gestores terão a difícil tarefa de gerir este equilíbrio, percebendo qual a base do bem-estar dos seus trabalhadores, tendo em consideração as relações humanas, a capacidade de liderança e os sistemas de gestão (BÍRLADEANU, 2021).

Assim, o objetivo deste estudo foi identificar os níveis de felicidade no trabalho de enfermeiros e identificar a sua relação com variáveis sociodemográficas e profissionais.

MÉTODOS

Integrado num paradigma quantitativo, foi desenvolvido um estudo descritivo, correlacional e transversal, com 113 enfermeiros de uma Unidade Hospitalar (90 enfermeiros) e de uma Unidade de Saúde (23 enfermeiros) de uma ilha dos Açores, Portugal, selecionados através de uma técnica de amostragem não probabilística, amostra de conveniência. Os critérios de inclusão foram que os enfermeiros exercessem funções na instituição há pelo menos seis meses e estivessem no ativo durante a recolha de dados. A taxa de adesão para a Unidade Hospitalar foi de 62,5% e para a Unidade de Saúde de 100%, perfazendo uma taxa de adesão total de 67,7%.

Em setembro de 2020 foi aplicado um questionário constituído por dois grupos: um grupo para caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (compreendendo as variáveis sexo, idade, estado civil, filhos, pessoas dependentes a cargo, atividades de lazer, habilitações académicas, tempo de experiência profissional, categoria

profissional e horário de trabalho) e a *Shorted Happiness at Work Scale* (SHAW) para avaliação da felicidade no trabalho.

A SHAW inclui nove itens, avaliados numa escala Likert de 7 pontos (variando de 1 - Discordo totalmente a 7 - Concordo totalmente), organizados em três dimensões: *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo. O *engagement* é caracterizado por entusiasmo e paixão no trabalho e estados mentais positivos (vigor, dedicação e absorção), a satisfação com o trabalho está relacionada com julgamentos do trabalhador sobre as condições de trabalho e o compromisso organizacional afetivo diz respeito à parte relacional e emocional do trabalho, e o compromisso que surge entre o trabalhador e organização. Quanto maior a pontuação, mais feliz o indivíduo será no trabalho (QUEIRÓS et al., 2020; SALAS-VALLINA; ALEGRE, 2018a).

O presente estudo integrou o projeto 'INT-SO: dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha' e foi aprovado pelo Conselho de Administração e Comité de Ética de ambas as instituições (Unidade Hospitalar e Unidade de Saúde). Após concedidas as respetivas autorizações, os Enfermeiros Diretores das instituições foram contactados de forma a lhes proporcionar uma breve explicação do objetivo do estudo e procedimentos de recolha de dados. Foram disponibilizados a cada Enfermeiro Chefe os questionários, declarações de Consentimento Informado e envelopes. Cerca de 15 dias após, a investigadora recolheu os questionários em envelope fechado junto dos Enfermeiros Chefes.

Os dados foram tratados e analisados com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM®SPSS), versão 25.0 para Windows. Frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão foram calculados para a análise exploratória. Em relação a estatística inferencial, foram utilizados o coeficiente de correlação de Pearson, o teste *t* de Student (para amostras independentes), o teste

U de *Mann-Whitney* e o teste *H* de *Kruskall-Wallis*, de acordo com os seus pressupostos de utilização. O nível de significância estatística assumido foi de 5% ($\alpha = 0,05$). A classe relativa à variável tempo de experiência profissional foi efetuada tendo em conta o valor da mediana obtido.

O coeficiente *Alfa de Cronbach* foi calculado para cada dimensão. Obtiveram-se valores de boa consistência interna, tendo estes variado entre 0,867 e 0,631 (Tabela 1). Estes resultados foram semelhantes a outros estudos que utilizaram a mesma escala, em amostras heterogéneas a nível profissional (SALAS-VALLINA; ALEGRE, 2018a; SALAS-VALLINA; ALEGRE, 2018b).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relativamente às características sociodemográficas da amostra, 89% eram mulheres, 31% tinham idades compreendidas entre os 31 e 40 anos e 28% entre 41 e 50 anos. 75% tinham companheiro(a), 68% tinham filhos, 57% desenvolviam algum tipo de atividade de lazer e 52% não tinham pessoas dependentes a cargo. Quanto ao perfil profissional da amostra, 74% detinha grau académico de Bacharelato/Licenciatura, 57% tinha 16 ou mais anos de experiência profissional, 73% eram enfermeiros generalistas e 64% tinham horário de trabalho fixo. Verificou-se que os enfermeiros apresentavam níveis moderados de felicidade no trabalho, com médias superiores na dimensão de *engagement* e médias inferiores na dimensão de satisfação com o trabalho (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise descritiva da escala *Shorted Happiness at Work Scale (SHAW)* e valor *Alfa de Cronbach*. Açores, Portugal, 2020

Shorted Happiness at Work Scale (SHAW)	Nº Itens	Média	Desviopadrão	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
Engajamento	3	4,77	1,30	1,33	7	0,866
Satisfação com o trabalho	3	3,27	1,10	1,33	6,33	0,631
Compromisso organizacional afetivo	3	4,69	1,40	1	7	0,851
SHAW Total	9	4,25	1,05	1,44	6,22	0,867

Atendendo a que a SHAW é uma escala ainda recente, existem poucos estudos baseados na sua aplicação, sendo essa fragilidade extensiva ao grupo profissional dos enfermeiros. Contudo, num estudo heterogéneo de trabalhadores (n=234) utilizando a SHAW, incluindo enfermeiros, médicos, professores e bancários espanhóis e italianos, foram identificados também níveis moderados de felicidade no trabalho ($M=3,3$; $DP=2,1$) (SALAS-VALLINA & ALEGRE, 2018a). A dimensão da SHAW que evidenciou maior pontuação foi de igual modo a de *engagement*, corroborando os dados do presente estudo (SALAS-VALLINA; ALEGRE, 2018a). Outros autores, utilizando escalas direcionadas para a felicidade geral, também encontraram níveis moderados em enfermeiros (JAVANMARDNE-JAD et al., 2021; VAKILI et al., 2020).

Sendo os ambientes de trabalho atuais dos enfermeiros extremamente desgastantes, em nível físico e psicológico (tendo a nova agravante da pandemia da COVID-19), a escassez de recursos humanos, impedindo-os muitas vezes de prestar os cuidados com qualidade (JAVANMARDNEJAD et al., 2021), poderão determinar menores níveis de satisfação com as condições de trabalho, tal como foi observado neste estudo.

Os níveis de *engagement* e compromisso organizacional afetivo mais elevados observados, poderão estar relacionados com o significado de felicidade para estes profissionais, caracterizado maioritariamente pela paixão pela ajuda ao outro, pelo significado que têm na vida dos seus utentes e pelo facto de serem produtivos para a sua Instituição, experienciando orgulho profissional (BUAKLEE et al., 2017). Todos estes fatores estão diretamente ou indiretamente relacionados com a motivação e envolvimento dos enfermeiros no trabalho (*engagement*) e pela sua ligação afetiva e o seu compromisso com a instituição/utentes (compromisso organizacional afetivo).

Assim, a dualidade entre apresentar menor satisfação com o trabalho, mas níveis moderados a elevados de *engagement* e compromisso organizacional afetivo, poderá equilibrar os níveis de felicidade dos enfermeiros e ser a justificação para os valores moderados encontrados. Outros estudos corroboram, no sentido em que os níveis moderados de felicidade dos enfermeiros se devem à quantidade de experiências negativas que enfrentam no decorrer das suas atividades profissionais, caracterizadas pela carga excessiva de trabalho, falta de recursos, falta de apoio organizacional e insatisfação com o salário e com os avanços na carreira (KHOSROJERDI et al., 2018).

Segundo o modelo dos estilos preditores de felicidade laboral apresentado na Figura 1, poderá afirmar-se que os enfermeiros do presente estudo se encontram no estilo preditor de felicidade frustrante, uma vez que estão motivados e empenhados, mas não apresentam experiências de suporte organizacional, nem as melhores condições de trabalho (SINGH; AGGARWAL, 2018).

Em relação às variáveis sociodemográficas, apenas se verificaram resultados significativos nas variáveis sexo, idade, pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer. Os enfermeiros do sexo masculino, sem pessoas dependentes a cargo e que praticavam algum tipo de atividade de lazer apresentaram valores mais elevados na dimensão de satisfação com o trabalho da SHAW (tendo-se observado uma tendência para os mesmos achados para a SHAW total). Relativamente

às restantes variáveis sociodemográficas, observou-se uma tendência para os enfermeiros com companheiro(a) e sem filhos apresentarem níveis superiores de felicidade no trabalho (Tabela 2).

Quanto à idade, enfermeiros mais velhos (com 61 ou mais anos), apresentaram valores superiores na dimensão de satisfação com o trabalho. Por norma, os enfermeiros mais velhos detêm mais experiência profissional, pelo que aceitam e lidam com os eventos adversos no trabalho de forma mais serena (BUAKLEE et al., 2017; KHOSROJERDI et al., 2018). Por outro lado, o facto de terem mais experiência, também lhes poderá trazer cargos de chefia ou mais diferenciados e, por consequência, mais autonomia e melhores condições de trabalho (HWANG, 2019), o que poderá levar a maiores níveis de satisfação com o trabalho.

Relativamente à variável sexo, os enfermeiros apresentaram maiores níveis de satisfação com o trabalho e uma tendência para níveis também superiores de felicidade no trabalho. Na Europa, as condições de trabalho das mulheres ainda são bastante mais precárias que as dos homens. Para além disso, as mulheres assumem mais responsabilidades dentro do núcleo familiar, ligadas maioritariamente a tarefas domésticas ou ao cuidado de crianças ou outras pessoas dependentes, o que poderá levar a uma menor satisfação com o trabalho, sendo que todas estas discrepâncias se acentuaram com a pandemia COVID-19 (BURKE, 2021).

O facto de ter alguém dependente de cuidados (criança ou idoso, ou ambos), torna-se numa tarefa árdua quando combinada com o horário de trabalho. Requer horas extra de dedicação e cuidado, estresse e menos tempo para atividades de lazer (BURKE, 2021). Tudo isto poderá levar a níveis de satisfação com o trabalho mais baixos, como observado neste estudo.

Praticar atividades de lazer torna-se num ato de autocuidado, que irá aumentar os níveis de bem-estar geral e melhorará a saúde mental dos indivíduos. Para os enfermeiros, estes aspectos são fundamentais, dadas as experiências estressantes que vivenciam todos os

dias no seu local de trabalho. Cuidar da vida de alguém trará sempre níveis de preocupação e de estresse elevados, sendo que o benefício da prática destas atividades para estes profissionais está comprovada (HWANG, 2019; KHOSROJERDI et al., 2018).

No que concerne às tendências observadas quanto à presença de companheiro(a) e filhos, o facto de ter companheiro poderá significar uma grande fonte de suporte social, elevando os níveis de felicidade no trabalho. Por outro lado, a presença de filhos poderá significar preocupações e cuidado informal acrescido, principalmente para as mulheres, pelo que poderá efetivamente levar à diminuição dos níveis de felicidade no trabalho (BURKE, 2021).

Tabela 2 – Comparação de médias entre a *Shorted Happiness at Work Scale* e as variáveis sociodemográficas. Açores, Portugal, 2020.

Shorted Happiness at Work Scale	Variáveis Sociodemográficas					p*
	Feminino		Masculino			
<i>Engagement</i>	55,22		68,27			0,203
Satisfação com o trabalho	54,27		76,95			0,027
Compromisso organizacional afetivo	55,17		68,73			0,186
SHAW Total	54,57		74,23			0,056
	≤ 30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	≥ 61 anos	p [‡]
<i>Engagement</i>	60,29	50,96	56,23	50,58	47,25	0,803
Satisfação com o trabalho	73,58	50,49	46,76	50,78	74,00	0,028
Compromisso organizacional afetivo	55,32	50,81	60,00	49,00	54,25	0,717
SHAW Total	64,32	50,99	54,55	48,83	52,00	0,556
	Com companheiro(a)		Sem companheiro(a)		p*	
<i>Engagement</i>	57,45		55,63		0,797	
Satisfação com o trabalho	55,35		62,02		0,347	

Compromisso organizacional afetivo	58,24	53,25	0,483
SHAW Total	57,12	56,64	0,947
	Com filhos	Sem filhos	p^{\dagger}
<i>Engagement</i>	4,83(1,34)	4,66 (1,22)	0,515
Satisfação com o trabalho	3,15(1,10)	3,53(1,06)	0,088
Compromisso organizacional afetivo	4,74(1,49)	4,57(1,18)	0,547
SHAW Total	4,24(1,09)	4,25(0,95)	0,955
	Com pessoas dependentes a cargo	Sem pessoas dependentes a cargo	p^{\dagger}
<i>Engagement</i>	4,61(1,35)	4,89(1,26)	0,259
Satisfação com o trabalho	2,98(1,13)	3,54(1,03)	0,008
Compromisso organizacional afetivo	4,58(1,36)	4,77(1,45)	0,464
SHAW Total	4,05(1,07)	4,40(1,02)	0,085
	Com atividades de lazer	Sem atividades de lazer	p^{\dagger}
<i>Engagement</i>	4,91(1,33)	4,52(1,20)	0,114
Satisfação com o trabalho	3,50(1,15)	2,95(0,96)	0,009
Compromisso organizacional afetivo	4,63(1,51)	4,72(1,23)	0,734
SHAW Total	4,34(1,12)	4,06(0,91)	0,156

*valores obtidos através do teste *Mann-Whitney*; [†]teste t de *Student*; [‡]teste *Kruskall-Wallis*

Não existiram dados estaticamente significativos entre a escala SHAW e respetivas dimensões e as variáveis profissionais. Contudo, observou-se uma tendência para enfermeiros da unidade hospitalar (Mean Rank=57,58), com pós-graduação/mestrado/doutoramento (Mean Rank=60,83), com 16 ou mais anos de experiência profissional ($M=4,25$, $DP=1,04$), enfermeiros generalistas (Mean Rank=56,89), e com horário rotativo ($M=4,40$; $DP=0,94$) apresentarem valores mais elevados na SHAW total.

No momento da recolha de dados, os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários tinham a seu cargo toda a gestão da pandemia COVID-19 da ilha, trazendo grandes cargas de trabalho acrescidas às suas tarefas habituais. Desta forma, a tendência observada neste estudo poderá ser justificada por este fator.

Enfermeiros com graus académicos mais elevados apresentaram uma tendência para níveis superiores de felicidade no trabalho. Este facto é corroborado por um estudo com enfermeiros japoneses (HWANG, 2019). No contexto de recolha de dados, os enfermeiros que detém graus académicos mais elevados, normalmente, desempenham cargos de chefia nas instituições. O facto de terem mais autonomia e possivelmente melhores condições de trabalho devido à posição que ocupam, são dois aspectos preponderantes para a felicidade dos enfermeiros (HWANG, 2019), acrescendo o facto de que se poderão sentir mais realizados e as suas aspirações profissionais/académicas estarem a ser alcançadas.

Um estudo com enfermeiros Iranianos corroborou a tendência dos enfermeiros com mais anos de experiência profissional apresentarem níveis superiores de felicidade (KHOSROJERDI et al., 2018). Estes enfermeiros terão mais maturidade e facilidade/habilidade em lidar com problemas ou eventos estressantes no trabalho, e, tal como apresentado na variável idade, poderão ocupar cargos mais especializados, mais autonomia e melhores condições de trabalho (HWANG, 2019).

O facto de ser enfermeiro generalista e ter horário de trabalho rotativo poderá significar, por um lado, menos responsabilidades dentro do núcleo profissional e, por outro, proporcionar um equilíbrio mais harmonioso entre a vida profissional e pessoal, dependendo da fase da vida em que o profissional se encontra. Estes fatores poderão significar melhor desempenho no trabalho e consequentemente níveis mais elevados de felicidade no trabalho, tal como se observou nas tendências deste estudo.

A avaliação da felicidade no trabalho dos enfermeiros trará benefícios para as organizações, sendo que a sensibilização das chefias

para a importância de ambientes de trabalho saudáveis e felizes é imperativa. Os Enfermeiros Gestores necessitam aplicar estratégias de acordo com as necessidades levantadas, que promovam a saúde mental e física dos enfermeiros e que sejam passíveis de integrar harmoniosamente no contexto de trabalho. As limitações deste estudo prenderam-se com o facto do conceito de felicidade no trabalho ser ainda recente e existirem poucos estudos com enfermeiros, especialmente utilizando a SHAW; a pandemia COVID-19; ser um estudo transversal (não permitindo comparações/evoluções temporais) e o tipo de uma amostra (conveniência).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os níveis identificados de felicidade no trabalho dos enfermeiros foram moderados, obtendo-se valores mais elevados na dimensão de *engagement* e valores mais baixos na dimensão de satisfação com o trabalho. Enfermeiros do sexo masculino, mais velhos, sem pessoas dependentes a cargo e que realizavam atividades de lazer fora do horário de trabalho apresentaram valores superiores na dimensão de satisfação com o trabalho. Observou-se também uma tendência para enfermeiros com companheiro(a) e sem filhos apresentarem níveis superiores de felicidade no trabalho. Não se observaram resultados significativos entre a SHAW e as variáveis profissionais. Contudo, enfermeiros da unidade hospitalar, com pós-graduação/mestrado/doutoramento, com 16 ou mais anos de experiência profissional, enfermeiros generalistas e com horário rotativo apresentaram uma tendência para valores mais elevados de felicidade no trabalho.

Tendo em conta as condições laborais dos enfermeiros e as cargas emocionais negativas que experienciam, torna-se necessário que os Enfermeiros Gestores conheçam as suas necessidades e apliquem estratégias que potenciem a felicidade no trabalho, baseadas numa cultura de promoção de saúde e postas em prática no seio de uma equipa multidisciplinar de saúde ocupacional.

Como sugestões para a prática e investigação em enfermagem, dever-se-á continuar a investir em estudos focados na saúde ocupacional dos enfermeiros e criar ambientes de trabalho saudáveis, através da implementação de estratégias e projetos em nível organizacional e individual, no seio de uma equipa multidisciplinar de saúde ocupacional.

Projetos com atividades simples e fáceis de aplicar no dia-a-dia dos profissionais de enfermagem, adaptadas às suas necessidade e preferências, deverão ser incentivadas de forma a aumentar a felicidade no trabalho dos profissionais, trazendo, consequentemente, vantagens organizacionais.

Em nível individual/grupal alguns exemplos são sessões de *mindfulness*, treino cognitivo-comportamental, técnica de gestão de tempo, relaxamento muscular/alongamentos, atividades desportivas ou artísticas, caminhadas, criação de grupos de partilha/reflexão, mensagens positivas espalhadas pelos locais do ambiente de trabalho, formação e treino de competências comunicacionais, musicoterapia, entre outras. Quanto ao organizacional, para além de existir um serviço dedicado à saúde ocupacional dos profissionais, algumas estratégias podem passar pela criação de grupos de apoio psicológico, garantir que os responsáveis pela supervisão clínica sejam competentes, promover condições justas de trabalho (salário, segurança, avanço na carreira), promover vários tipos de formação (de forma a que os trabalhadores cresçam e floresçam), boa gestão de tarefas e horários, reuniões matinais, mensagem semanal de positividade da chefia e mudanças no ambiente físico laboral.

Salienta-se ainda que as estratégias para potenciar a felicidade no trabalho deverão ter por base a humanização, uma gestão inteligente e a formação de um clima organizacional familiar, onde todos se sintam bem e confortáveis. Duas características que irão ditar grande parte do sucesso destas estratégias prende-se com o tipo de trabalhadores alvo e da personalidade do gestor.

Outro aspecto importante será incluir na formação académica dos profissionais de saúde a educação positiva, envolvendo especialistas na área que proporcionem ferramentas para o desenvolvimento do carácter, de relações saudáveis, resiliência, alcançar o bem-estar físico e mental e conseguir alcançar um sentimento de significado dentro da profissão. Por fim, também os governadores e formuladores de políticas devem ter em conta a aplicação de programas/planos centrados na potenciação da felicidade dos profissionais de saúde, fortalecendo a saúde e qualidade de vida desta força de trabalho.

REFERÊNCIAS

- BÍRLÁDEANU, G.L. Consideration over a Happy Organization. **Agora Internacional Journal of Economical Sciences**, n.14, 2021.
- BUAKLEE P. et al. Unveiling the experiences of happiness at work through narrative inquiry: advance practice nurses' perspectives. **Pac Rim Int J Nurs Res Thail**, v. 21, n. 3, 206-219, 2017.
- BURKE, H. **Living and working in Europe 2020**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021.
- FISHER, C.D. Happiness at work. **Int. J. of Manag. Rev**, v. 12, n. 4, 384-412, 2010.
- HWANG E. Effects of the organizational culture type, job satisfaction, and job stress on nurses' happiness: a cross-sectional study of the long-term care hospitals of South Korea. **J Nurs Sci**, v. 16, n. 3, 263-273, 2019.
- JAVANMARDNEJAD S. Happiness, quality of working life, and job satisfaction among nurses working in emergency departments in Iran. **Health Qual Life Outcomes**, v. 19, n. 1, 1-8, 2021.
- KHOSROJERDI, Z. Predictors of happiness among Iranian nurses. **Int. J. Nurs. Sci**, v. 5, n. 3, 281-286, 2018.
- MUÑOZ, P. A. E., CASALLAS, M. I. R. Relación entre felicidad en el trabajo y desempeño laboral: análisis bibliométrico, evolución y tendencias. **Revista Virtual Universidad Católica del Norte**, n. 64, 241-280, 2021.
- QUEIRÓS C. et al. **Relatório interno: Hipertermia de corpo inteiro e**

seu impacto no stress, burnout e ansiedade (resultados outubro 2019 - junho 2020), Porto, LABP-FPCEUP, 2020.

SALAS-VALLINA A., ALEGRE J. Happiness at work: developing a shorter measure. **J Manag Organ**, v. 27, n. 3, 460-480, 2018a.

SALAS-VALLINA A., ALEGRE, J. Unselfish leaders? Understanding the role of altruistic leadership and organizational learning on happiness at work (HAW). **Leadership & Organization Development Journal**, v. 39, n. 5, 633-649, 2018b.

SAN, E. Concept analysis of nurses' happiness. **Nurs Forum**, v. 50, n. 1, 55-62, 2015.

SINGH, S., AGGARWAL, Y. Happiness at work scale: Construction and psychometric validation of a measure using mixed method approach. **J Happiness Stud**, v. 19, n. 5, 1439-1463, 2018.

VAKILI, M., FARZANRH, F., MOMAYYEZ, M. Evaluation of happiness and its related factors among nurses in educational hospitals of Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. **TB**, v. 19, n. 3, 1-11, 2020.

WARR, P. Fuentes de felicidad e infelicidad en el trabajo: una perspectiva combinada. **Rev. Psicol. Trab. y de las Organ**, v. 29, n. 3, 99-106, 2013.

CAPÍTULO 5

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM: MÉTODOS DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO HOSPITALAR

João Miguel Almeida Ventura-Silva

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Letícia Lima Trindade

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro

Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso

Ana da Conceição Alves Faria

INTRODUÇÃO

Numa sociedade cada vez mais exigente, na qual se verifica um elevado desenvolvimento tecnológico e dinâmicas de trabalho complexas, as questões da qualidade em saúde têm sido uma necessidade e uma preocupação na gestão das organizações (FEITEN; COELHO, 2019). Na verdade, a procura pela garantia de uma assistência de qualidade, caracteriza este processo como sendo complexo e polissêmico, norteado por bens que vão para além da sua garantia e viabilizado unicamente por processos avaliativos, como a acessibilidade e segurança dos cuidados (PINTO; SANTOS, 2020). Neste contexto, torna-se premente refletir sobre a importância e consequências da prestação de cuidados não seguros, alertando para a possibilidade da ocorrência de algum evento adverso no doente.

Desta forma, os profissionais de saúde devem centrar-se na excelência da assistência prestada, promovendo a satisfação do cliente, figura central do sistema de saúde, assegurando cuidados seguros.

Aos enfermeiros é exigido que apliquem as competências que adquiriram ao longo do seu processo formativo, com método e rigor, e de forma a dar resposta a todas as necessidades e problemas manifestados pelas pessoas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2021).

O modo como os cuidados são concebidos, organizados e implementados pelos enfermeiros, traduz a forma como estes profissionais se direcionam para atender às reais necessidades de cuidados (VENTURA-SILVA et al., 2021). Já Florence Nightingale, precursora da Enfermagem moderna, alertava para uma concepção de cuidados centrados na pessoa, como também para a necessidade da organização dos cuidados de enfermagem, através da existência de um método de trabalho dos enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS). Já em 2001, a Ordem dos Enfermeiros de Portugal alertou para a necessidade da adoção de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, ressaltando o papel do enfermeiro como elemento fundamental para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), garantindo satisfação com os cuidados prestados.

MÉTODOS DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO HOSPITALAR

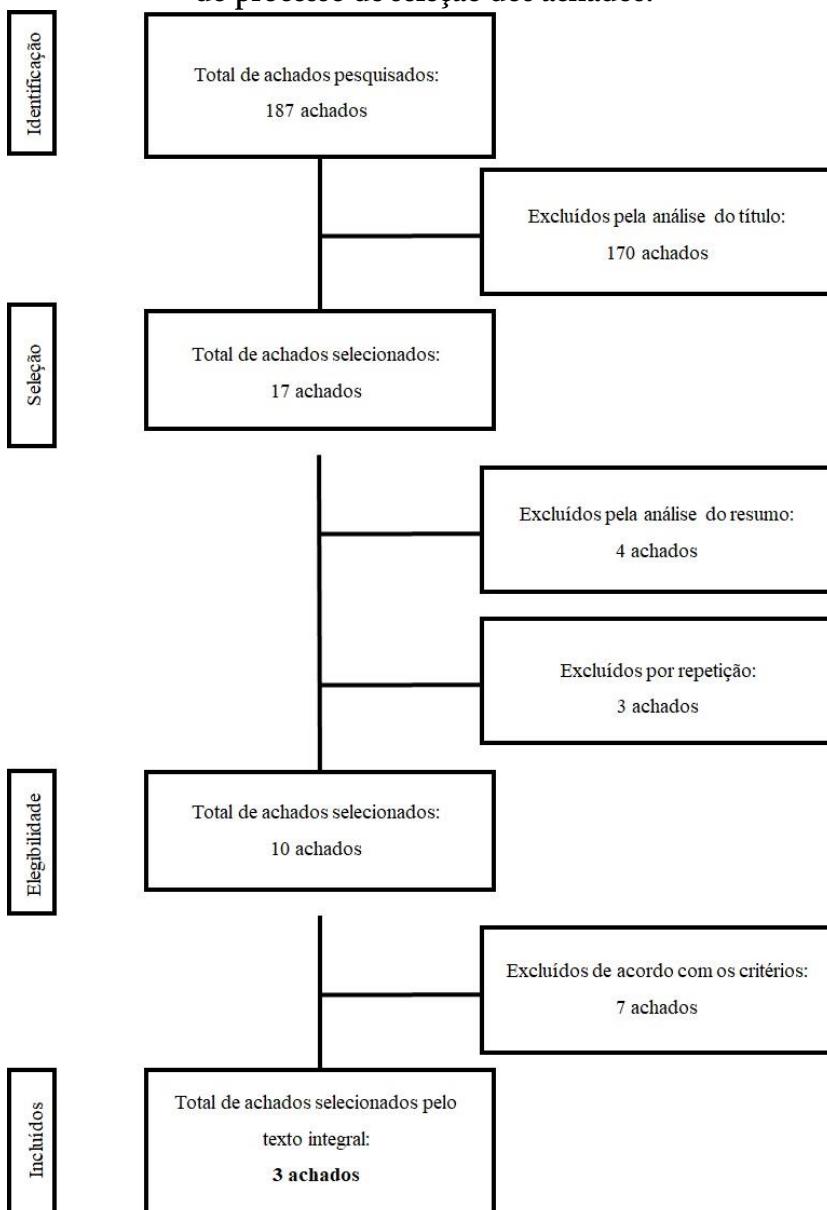
De acordo com a literatura, nos vários contextos de cuidados, em específico na área hospitalar, é possível identificar diferentes métodos de trabalho adotados pelos enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001). Sabendo da importância desta temática para a enfermagem e para os enfermeiros, entendemos mapear a produção de conhecimento, relativamente aos métodos de trabalho adotados pelos enfermeiros portugueses no contexto hospitalar.

Neste sentido, realizou-se uma revisão do tipo *scoping*, baseada nos princípios do “Joanna Briggs Institute” (BRIGGS INSTITUTE, 2015). O processo de pesquisa foi orientado de forma independente por dois investigadores, no mês de dezembro de 2020, nos

Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, onde estão indexados todos os conteúdos científicos em acesso aberto existentes nos repositórios institucionais das entidades nacionais de ensino superior e outras organizações de investigação e desenvolvimento, e no Google Acadêmico. Selecionou-se apenas achados em língua portuguesa e recorreu-se aos descritores “Método”, “Trabalho”, “Gestão em Saúde”, “Enfermagem”, “Enfermeiro” e “Hospitais”, tendo sido os achados extraídos, segundo critérios de inclusão e exclusão. Incluíram-se referências nacionais da autoria e coautoria de enfermeiros portugueses, sem limites temporais. Excluíram-se os documentos, que não se direcionassem para o contexto hospitalar e que não tivessem como autores profissionais de enfermagem. Para além dos critérios anteriormente definidos, a identificação dos achados a incluir nesta revisão seguiu um processo de seleção rigoroso e sistematizado, a partir da recomendação de Prisma® (Preferred Reporting Items for Systematic Review and MetaAnalyses) (MOHER et al., 2009).

Desta forma, atendendo aos 187 documentos encontrados pela pesquisa científica elaborada, após as diferentes etapas percorridas da recomendação Prisma®, incluíram-se três estudos para análise, conforme se pode constatar pela figura 1.

Figura 6-Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos achados.



Fonte: Autores

Atendendo aos achados encontrados, pode-se constatar que ocorreram nos anos de 1998, 2004 e 2017, o que evidencia mais uma vez o parco investimento nesta área.

Foi possível agrupar os achados em duas áreas temáticas: caracterização dos métodos de trabalho dos enfermeiros e método de trabalhos adotado pelos enfermeiros promotor da qualidade e segurança.

No que concerne à caracterização dos métodos de trabalho dos enfermeiros, é possível identificar quatro métodos, divididos em duas tipologias: uma centrada na tarefa e as restantes direcionadas para o cliente.

Relativamente ao método de trabalho centrado na tarefa, salienta-se o método funcional, em que os cuidados de enfermagem têm como base as teorias de Taylor, Fayol e de Weber, marcadas pela fragmentação do trabalho, pela hierarquia e racionalização das estruturas administrativas, dando realce aos procedimentos e às rotinas. A compreensão da pessoa como um todo não existe. Apesar de este método ser o mais rápido na realização das tarefas, compromete a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa e dos cuidados (HAVAIEI; MACPHEE; DAHINTEN, 2019; MORORÓ et al., 2017), por haver uma clivagem entre a concessão e execução dos cuidados.

Já o método individual, o método de equipe e o método de enfermeiro de referência direcionam-se para o cliente.

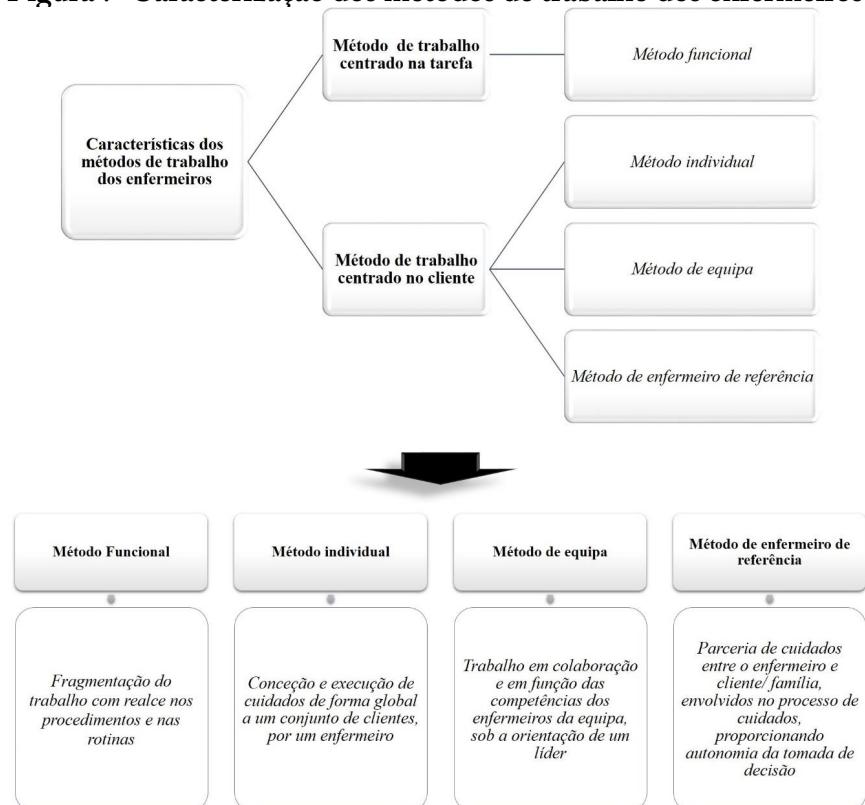
Relativamente ao método individual, privilegia-se um cuidado global, durante um turno, a um conjunto de clientes, por um enfermeiro, com a responsabilidade da concessão e execução de cuidados de forma integral. Pela sua lógica, julga-se ser um dos métodos mais utilizados nos contextos hospitalares (PEREIRA et al., 2021; HUBER, 2017).

No caso do método de equipe, requer a concertação das capacidades individuais, tendo por base a orientação de um coordenador. Trata-se de um trabalho em colaboração e em função das competências dos enfermeiros da equipe, pelo que é fundamental que o enfermeiro gestor conheça as potencialidades e fragilidades de todos os enfermeiros (PEREIRA et al., 2021; GOH et al., 2020).

O método por enfermeiro responsável decorre de uma parceria de cuidados entre o enfermeiro e o cliente/ família, que estão envolvidos ao longo de todo o processo de cuidados (PEREIRA et al., 2021; MOURA et al., 2019; MONTHEY, 2014). É considerado o método que melhor responde à satisfação das necessidades dos clientes, durante a execução de cuidados, devido à relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o cliente, proporcionando autonomia na tomada de decisão (HIGAONNA; MORIMOTO; UEDA, 2020).

A figura 2 ilustra os métodos de trabalho dos enfermeiros, assim como as suas características.

Figura 7-Caracterização dos métodos de trabalho dos enfermeiros.



Fonte: Autores

DO MÉTODO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS À QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

Independentemente dos métodos de trabalho adotados pelos enfermeiros, é fundamental que todos se direcionem para a promoção da satisfação do cliente e para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados e das pessoas, pois trata-se de uma das premissas fundamental no exercício profissional dos enfermeiros. Por conseguinte, a Ordem dos Enfermeiros de Portugal, em 2001, através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, alertou para a necessidade da utilização de métodos de trabalho capazes de serem um subsídio fundamental para a garantia da qualidade do exercício profissional (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001).

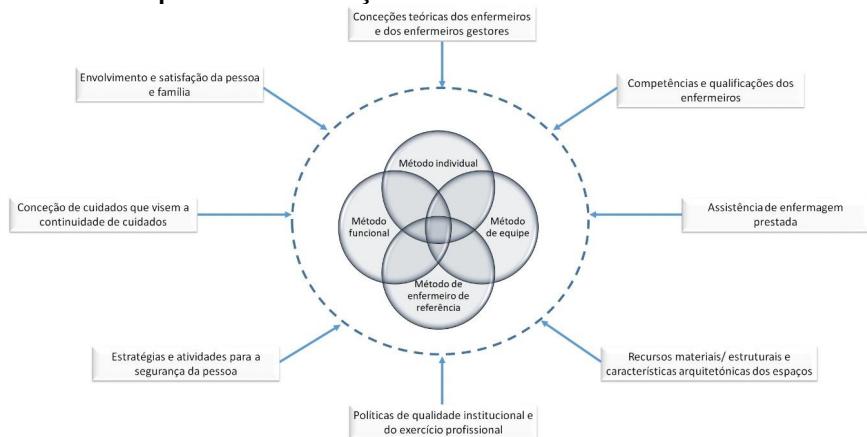
No entanto, poderão existir fatores capazes de comprometer a adoção de um método de trabalho e, como tal, influenciar a qualidade e segurança da assistência em enfermagem. Existem várias dinâmicas e condições inerentes ao exercício profissional do enfermeiro, como por exemplo, a carga de trabalho, a dotação de enfermeiros, que condicionam o método de trabalho adotado. Neste sentido, face ao aumento das necessidades de cuidados do cliente e às condições que o enfermeiro dispõe, poderá conduzir a uma assistência de enfermagem centrada nas tarefas, visando a economia de tempo para a elevada carga de trabalho. As práticas acabam por ser fragmentadas e automatizadas, direcionadas para uma lógica dos serviços, podendo comprometer a satisfação das reais necessidades dos clientes (SHIN, 2020; RIBEIRO et al., 2019).

Desta forma, entendemos que um método de trabalho que garanta uma prestação de cuidados individualizados, personalizados e de qualidade é essencial.

Contudo, a problemática dos enfermeiros nos diferentes contextos da prática clínica, continua a colocar-se, sobre qual o método de trabalho que melhor promova a qualidade e segurança dos cuidados. A literatura aponta que a implementação de apenas um método no

contexto clínico não cumpre integralmente todas as bases teóricas recomendadas. Neste sentido, a agregação das várias características dos métodos de trabalho centrados na pessoa, poderá responder às exigências dos diferentes contextos de trabalho com níveis de complexidade de cuidados diferentes e diferenciados (PEREIRA et al., 2021). A figura 3 esquematiza os métodos de trabalho de enfermagem e os aspectos multifatoriais que poderão concorrer para esta hibridização de métodos, quando da prestação de cuidados de enfermagem.

Figura 8-Fatores que poderão concorrer para a hibridização de métodos de trabalho.



Fonte: Autores

Importa também destacar que, no âmbito dos métodos de trabalho, a estreita relação entre a organização do trabalho dos enfermeiros e o recurso a metodologias para a documentação e comunicação dos dados em saúde é fundamental (PEREIRA et al., 2021). Destaca-se nestes domínios o processo de enfermagem, como metodologia de identificação das necessidades de cuidados da pessoa, planeamento de intervenções de enfermagem e avaliação das mesmas, e a metodologia ISBAR (Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações), para transmissão da informação em saúde,

que se têm vindo a afirmar como base à seleção do(s) método(s) de trabalho (PEREIRA et al., 2021; ASNIRAJANTI; HAMID; HARIYATI, 2019), nos diferentes contextos da prática.

Contudo, a escassa produção científica acerca desta temática é uma realidade, mesmo sendo um assunto de relevada importância, para os enfermeiros e para a enfermagem.

Apesar disso, estes dados permitiram-nos refletir sobre as implicações dos métodos de trabalho na qualidade e segurança dos cuidados e das pessoas, a necessidade nos hospitais da promoção de uma reflexão sobre a organização dos cuidados de enfermagem. A promoção de discussões, relativamente às dinâmicas organizacionais são fundamentais, no sentido de perceber as condições que promovam a resposta às exigências das pessoas e das instituições, não esquecendo a forma como o enfermeiro se direciona ao cliente.

Atendendo à relevância da temática, o fato de apenas terem sido identificadas três referências, evidencia uma fragilidade no domínio dos métodos de trabalho adotados pelos enfermeiros portugueses no contexto hospitalar.

A figura 4 traduz uma símula dos achados e dos aspetos que serviram para reflexão.

Figura 9- Síntese das dimensões associadas aos métodos de trabalho dos enfermeiros.



Fonte: Autores

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste sentido, urge a necessidade de se repensar na forma como o enfermeiro se mostra à sociedade e à forma como trabalham, pressupondo um conjunto de atividades intencionais e fundamentadas cientificamente, que permitam a tomada de decisão face aos problemas das pessoas internadas no hospital.

Reconhece-se ainda a importância de estimular os enfermeiros a aumentar a produção de conhecimento científico neste domínio, de forma a reforçar e produzir conhecimento para uma atuação congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRIGGS INSTITUTE. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. Adelaide: **The Joanna Briggs Institute**; 2015.

FEITEN, A.; COELHO, T.R. Quality management in service organizations: barriers and sucess factors. **R. Adm FACES Journal**. Belo Horizonte. [Internet]; v. 18, n. 3, p. 56-71, 2019. DOI: 10.21714/1984-975FACES-2019V18N3ART6619.

GOH, P.Q.L.; SER, T.F.; COOPER, S.; CHENG, L.J.; LIAW, S.Y. Nursing teamwork in general ward settings: A mixed-methods exploratory study among enrolled and registered nurses. **J Clin Nurs.**, v. 29, n. 19-20, p. 3802-3811, 2020.

HAVAEI, F.; MACPHEE, M.; DAHINTEN, V.S. The effect of nursing care delivery models on quality and safety outcomes of care: A cross-sectional survey study of medical-surgical nurses. **J Adv Nurs.**; v. 75, n. 10, p. 2144-2155, 2020.

HIGAONNA, M.; MORIMOTO, T.; UEDA, S. Association between nursing care delivery models and patients' health outcomes in a university hospital: A retrospective cohort study based on the Diagnostic Procedure Combination database. **Jpn J Nurs Sci.**, v. 17, n.2, p. e12319, 2020.

HUBER, D. **Leadership and Nursing Care Management**. 6^a ed. Elsevier: St. Louis; 2017.

MANTHEY, M. **A prática do primary nursing: prestação de cuidados**

dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento. 2^a ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2014.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D.G.; PRISMA, GROUP. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med**[Internet]; v. 6, n. 7, p. e1000097, 2009.

MORORÓ, D.D.; ENDERS, B.C.; LIRA, A.L.B.C.; SILVA, C.M.B.; MENEZES, R.M.P. Concept analysis of nursing care management in the hospital context. **Acta Paul Enferm.**; v. 30, n. 3, p. 323-332, 2017.

MOURA, E.C.C.; LIMA, M.B.; PERES, A.M.; LOPEZ, V.; MOURA, M.E.B.; GOMES, F.C.S.A. Relationship Between Implementation of The Primary Nursing Model And The Reduction of Missed Nursing Care. **J Nurs Manag.**; v. 8, n. 8, p. 2103-2112, 2019.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2001.

PARREIRA, P.; SANTOS-COSTA, P.; NERI, M.; MARQUES, A.; QUEIROZ, P.; SALGUEIRO-OLIVEIRA, A. Work Methods for Nursing Care Delivery. **Int J Environ Res Public Health.**; v. 18, n. 4, p. 2088, 2021.

PINTO, A.A.M.; SANTOS, F.T. Segurança do Paciente: concepção e implantação da cultura de qualidade. **Braz J Dev** [Internet]; v. 6, n. 3, p. 9796-9809, 2020.

SHIN, B. Whole person and people-centred care. In: International Council of Nurses, editor. Nurses: A Voice to Lead Nursing the World to Health - **International Nurses Day 2020 Resources and Evidence** [Internet]. Genebra: International Council of Nurses; 2020 [cited 2020 Dec 13]; p. 7-8. Available from: https://2020.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2020/03/IND_Toolkit_120320.pdf.

VENTURA-SILVA, J.M.A.; MARTINS, M.M.F.P.S.; TRINDADE, L.L.; RIBEIRO, O.M.P.L.; CARDOSO, M.F.P.T. Working methods of nurses in hospitals: scoping review. **J. Health NPEPS** [Internet]; v. 6, n. 2, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>

RIBEIRO, O.M.P.L.; MARTINS, M.M.F.P.S.; TRONCHIN, D.M.R.; SILVA, J.M.A.V.; FORTE, E.C.N. Professional practice models used by nurses in Portuguese hospitals. **Rev Bras Enferm.** [Internet]; v. 72, Suppl 1, p. 24-31, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0670.

ASMIRAJANTI, M.; HAMID, A.Y.S.; HARIYATI, R.T.S. Nursing care activities based on documentation. **BMC Nurs.**; v. 18, n. 1, p. 1-5, 2019.

CAPÍTULO 6

DOS AMBIENTES DA PRÁTICA PROFISSIONAL À QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro
Clemente Neves de Sousa
Paulo João Figueiredo Cabral Teles
Alessandro Rodrigues Perondi
João Miguel Almeida Ventura-Silva

INTRODUÇÃO

O ambiente da prática profissional de enfermagem, definido como o conjunto de características que facilitam e/ou dificultam o trabalho dos enfermeiros, tem sido alvo de pesquisa por diversos investigadores (WEI et al., 2018). Em contexto de pandemia pela *Coronavírus Disease 2019* (COVID-19), o investimento nesta área tornou-se ainda mais relevante, não só no que se refere às repercussões nos profissionais, mas também em relação às instituições e aos próprios clientes. Além disso, numa perspectiva mais global, importa conhecer o contributo dos ambientes da prática para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável.

A literatura evidencia que ambientes da prática mais favoráveis promovem maior satisfação profissional, melhor desempenho no trabalho e maior qualidade no atendimento ao paciente (WEI et al., 2018).

Efetivamente, no contexto atual, é inequívoca a contribuição dos profissionais de enfermagem na melhoria da saúde, na prestação de cuidados em ambiente hospitalar, na adesão ao tratamento, na redução das

readmissões hospitalares, bem como na promoção de transições saudáveis, sejam elas de saúde/doença, de desenvolvimento, situacionais ou organizacionais (MAMEDE, 2017). Ao referido, a autora acrescenta que os/as enfermeiros/as adotam modelos de cuidados centrados nas pessoas, o que além de favorecer a proximidade com as mesmas, dá a estes profissionais a oportunidade de serem mais significativos. Dando resposta às diversas necessidades das pessoas, ao longo de todo o ciclo vital, os/as enfermeiros/as têm assim um papel fundamental no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2016-2030) (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2017).

Embora na perspectiva dos usuários, a contribuição dos/as enfermeiros/as esteja fortemente direcionada para o terceiro objetivo – **Boa Saúde e Bem-estar**, importa não descurar a contribuição dos gestores de enfermagem para o oitavo objetivo – **Trabalho digno e crescimento económico**. De facto, de modo a garantir que a assistência em saúde seja de boa qualidade, não é suficiente a definição de estratégias de melhoria centradas na atuação do profissional, desconsiderando as condições do contexto, bem como o fortalecimento de uma força de trabalho, que estando saudável, contribuirá de forma mais efetiva para o alcance dos objetivos (MAMEDE, 2017).

Neste enquadramento, emerge com relevância o investimento nos ambientes da prática profissional de enfermagem, de modo a garantir a qualidade dos cuidados e, simultaneamente, o bem-estar dos profissionais de enfermagem.

Na sequência da investigação realizada e das evidências já disponíveis, neste capítulo pretende-se refletir sobre o contributo dos ambientes da prática para a qualificação da gestão do trabalho em enfermagem, dando especial enfoque aos aspectos que deverão ser considerados no âmbito dos componentes Estrutura, Processo e Resultado.

AMBIENTES DA PRÁTICA PROFISSIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Na última década, no contexto internacional, o ambiente da prática profissional de enfermagem tem sido uma das principais áreas de pesquisa, sendo crescentes as publicações científicas que abordam as suas repercussões nos profissionais, nos pacientes e nas instituições (WEI et al., 2018; BETTENCOURT et al., 2020). Dada a relevância deste triplo impacto, tem vindo a ser recomendado aos diversos gestores o investimento nos ambientes da prática (WEI et al., (2018).

No âmbito do relatório sobre o estado da Enfermagem no Mundo, a *World Health Organization* reembrou a necessidade urgente de os diversos países proporcionarem um ambiente favorável à prática de enfermagem, de modo a motivar, atrair e reter nos contextos clínicos a força de trabalho em Enfermagem, verdadeiramente insubstituível para a saúde das populações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020), aspecto que a pandemia pela COVID-19, nos anos de 2020 a 2022, veio clarificar.

Os ambientes da prática profissional de enfermagem favoráveis são caracterizados por uma gestão e liderança positivas, participação efetiva dos enfermeiros nas políticas, nas estratégias e no funcionamento da organização, recursos humanos e materiais ajustados às necessidades, boas relações entre os membros dos diferentes grupos profissionais e existência de fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados (GONÇALVES et al., 2020; RIBEIRO et al., 2020).

As evidências sustentam que um ambiente da prática de enfermagem favorável contribui para a satisfação profissional dos enfermeiros, para a diminuição das taxas de síndrome de *burnout* nestes profissionais, para a sua retenção/fixação nas organizações, para a diminuição dos custos, para a otimização dos resultados em relação aos clientes, culminando estrategicamente numa melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (WEI et al., 2018; RIBEIRO et al., 2020).

Por outro lado, em ambientes da prática profissional desfavoráveis são evidentes piores resultados para os clientes, com maiores taxas de mortalidade e menor nível de satisfação com os cuidados prestados; para os profissionais, com menores níveis de satisfação profissional e de envolvimento, pior percepção sobre a qualidade dos cuidados prestados, maiores níveis de *burnout* e maior intenção de deixar o trabalho, bem como para as instituições, com maior rotatividade e absenteísmo (WEI et al., 2018).

Pelo descrito e atendendo à relevância dos ambientes da prática profissional para a qualificação da gestão do trabalho em enfermagem, torna-se ainda mais relevante a sua avaliação, no sentido de conhecer as fragilidades e propor estratégias e soluções que melhorem a sua qualidade. No contexto internacional, nas pesquisas realizadas (RIBEIRO et al., 2020), têm sido usados frequentemente como instrumentos o *Practice Environment Scale of the Work Nursing Index* e o *Revised Nursing Work Index*. Embora esses dois instrumentos, apresentem dimensões e itens diferentes, ambos avaliam a percepção dos enfermeiros relativamente à presença de um conjunto de características organizacionais no ambiente hospitalar, estando, portanto, fundamentalmente centrados nas condições estruturais das instituições, o que alguns autores mencionam ser redutor (RIBEIRO et al., 2020).

Na revisão da literatura, os autores encontraram 10 instrumentos para avaliar os ambientes de prática, no entanto, nenhum deles contemplava os três componentes fundamentais à qualidade dos cuidados de enfermagem: a estrutura, o processo e o resultado (RIBEIRO et al., 2020).

Por esse motivo, na sequência de uma investigação realizada em 36 instituições hospitalares de Portugal continental (RIBEIRO, 2017) e sustentados no referencial teórico de Donabedian, foi construído um instrumento, a Escala de Avaliação dos Ambientes da Prática Profissional de Enfermagem, que contempla fatores do componente estrutura (relativo a recursos organizacionais que permitem o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros, assim como as condições em que os cuidados são prestados), processo (que contempla fatores relacionados com

o desempenho das atividades de enfermagem) e resultado (relativo às mudanças desejáveis e indesejáveis, no que se refere aos cuidados, aos pacientes, bem como aos profissionais), que podem promover ou comprometer a qualidade de cuidados (RIBEIRO et al., 2021; RIBEIRO et al., 2020), bem como a gestão do trabalho em enfermagem.

Dada a natureza do seu exercício profissional, os enfermeiros são os profissionais da área da saúde que com frequência têm uma percepção clara das dificuldades que existem nos contextos, sendo simultaneamente conhcedores de algumas das estratégias que poderiam ser adotadas no sentido de qualificar a gestão do trabalho em enfermagem. O problema é que a complexidade e as particularidades dos diversos contextos de trabalho, nem sempre facilitam a exposição e participação dos enfermeiros. A falta de oportunidade e o receio de retaliações constituem dois dos motivos que inibem os enfermeiros de darem o seu contributo para a melhoria da qualidade dos ambientes da prática profissional, o que exige a utilização de estratégias ou, até mesmo, métodos inovadores.

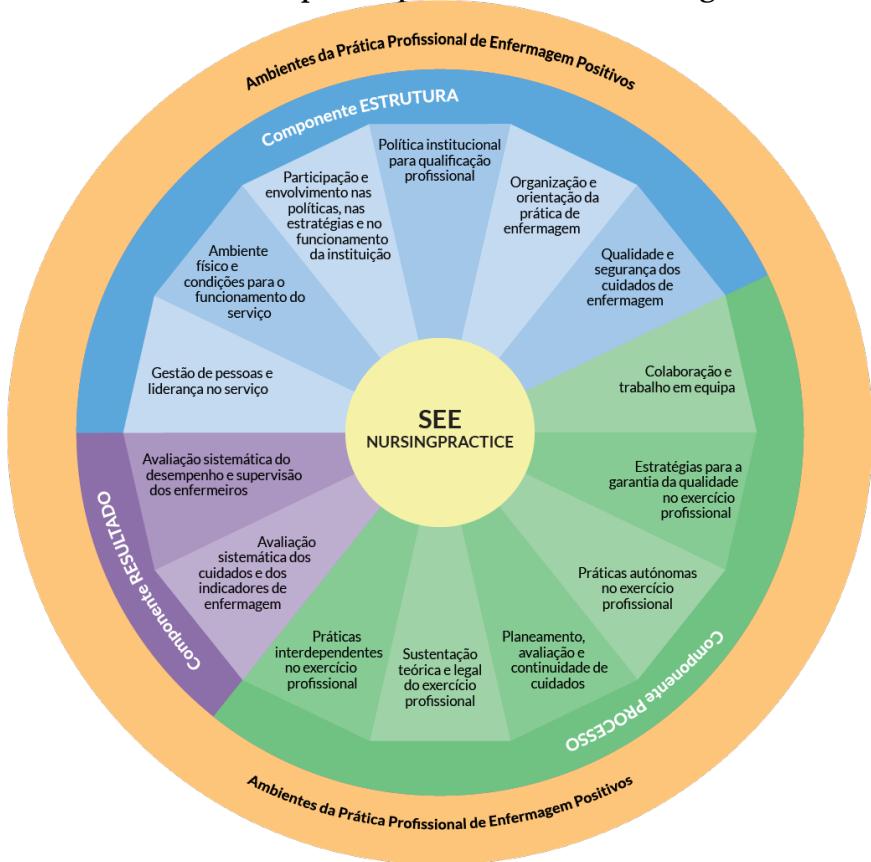
Neste contexto, no âmbito da gestão, monitorizar os ambientes da prática profissional de enfermagem na instituição, e por unidades/setores, por meio de instrumentos validados, constitui uma oportunidade para melhorar a qualidade dos mesmos, com significativa repercussão positiva na assistência prestada pelos profissionais de enfermagem (RIBEIRO et al., 2020).

AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO DOS AMBIENTES DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Sustentada no referencial teórico de Donabedian, a Escala de Avaliação dos Ambientes da Prática Profissional de Enfermagem, internacionalmente conhecida por *SEE-Nursing Practice* (RIBEIRO et al., 2021), com enfoque nos componentes Estrutura, Processo e Resultado, configura-se como uma ferramenta útil à definição de estratégias

que assegurem ambientes mais positivos, garantidamente promotores da qualificação da gestão do trabalho em enfermagem. Neste seguimento, as dimensões que requerem investimento e avaliação sistemática estão explanadas na Figura 1. Importa referir que as 14 dimensões apresentadas, e integradas na *SEE-NursingPractice*, resultaram de um estudo prévio que envolveu 3451 enfermeiros (RIBEIRO, 2017).

Figura 1 – Componentes e dimensões dos ambientes da prática profissional de enfermagem



As alterações demográficas, sociais e de saúde têm determinado um aumento das necessidades de cuidados, agravando a realidade de diversos contextos da prática, já marcados pela escassez de recursos e pela dificuldade de atendimento (SANTOS et al., 2021). Neste

sentido, avaliar e acompanhar a evolução dos ambientes da prática profissional pode constituir um importante instrumento gerencial. No âmbito do componente Estrutura, é esperável o investimento em seis áreas: gestão de pessoas e liderança no serviço; ambiente físico e condições para o funcionamento do serviço; participação e envolvimento dos enfermeiros nas políticas, nas estratégias e no funcionamento da instituição; política institucional para qualificação profissional; organização e orientação da prática de enfermagem e qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Em relação à **gestão de pessoas e liderança no serviço**, o gestor de enfermagem deve gerir os conhecimentos e as capacidades dos enfermeiros da equipe; utilizar os erros como oportunidades de aprendizagem; valorizar as opiniões e ideias inovadoras dos enfermeiros; proporcionar momentos de reflexão sobre a prática; criar condições que potenciem o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que lidera; enaltecer o empenho dos enfermeiros em melhorar continuamente a qualidade dos cuidados, bem como promover o envolvimento e participação dos enfermeiros no plano de ação do serviço. O apoio proporcionado pelos gestores aos enfermeiros da equipe constitui um aspecto potencializador da qualidade da assistência, mas também do bem-estar dos enfermeiros.

Tal como referido por alguns autores, o enfermeiro gestor é o grande impulsionador da mudança, estando numa posição privilegiada para intervir ativamente no desenvolvimento de um ambiente de prática profissional positivo, que além de primar pela melhoria contínua da qualidade da assistência, não descura as necessidades do profissional de enfermagem. Isto porque, embora a remuneração seja importante, há outros aspectos implicados na criação de ambientes mais positivos, e que na prática podem superar a importância do salário (GONÇALVES et al., 2020).

No que se refere ao **ambiente físico e condições para o funcionamento do serviço**, o enfoque da gestão deve centrar-se nas dotações seguras; na existência de equipamentos e tecnologias de

informação e comunicação adequadas às necessidades do serviço; na manutenção das infraestruturas e dos equipamentos; na auscultação dos enfermeiros para a seleção de materiais e equipamentos; na adoção de métodos de trabalho promotores da qualidade dos cuidados e de metodologias de distribuição dos doentes em função da intensidade, da complexidade dos cuidados a prestar e das exigências inerentes à continuidade dos cuidados.

De fato, perante a maior complexidade de cuidados, agravada pela escassez de recursos, no âmbito das condições para o funcionamento do serviço, emerge a necessidade de adotar boas práticas na gestão de pessoas, de materiais e equipamentos, bem como, de metodologias de trabalho (GONÇALVES et al., 2020). Uma equipe sem dotação segura de enfermeiros, acentua a dificuldade destes profissionais concretizarem em pleno as suas atribuições, com compromisso óbvio na assistência prestada.

Relativamente à **participação e envolvimento dos enfermeiros nas políticas, nas estratégias e no funcionamento da instituição**, os gestores de enfermagem devem garantir a possibilidade dos enfermeiros participarem na definição de políticas internas; criar condições para que os enfermeiros atuem de forma congruente com os objetivos definidos pela instituição; agilizar os processos de comunicação entre os membros da gestão de topo, da gestão intermédia e dos profissionais; incentivar a inovação e a investigação em enfermagem; promover a participação dos enfermeiros em comissões ou grupos de trabalho no âmbito da melhoria contínua da qualidade, bem como implementar estratégias de motivação, bem como de recompensa e incentivo aos enfermeiros.

Em estudos realizados anteriormente, a participação dos enfermeiros nos assuntos hospitalares foi a que obteve pior percepção dos participantes (YANARICO et al., 2020; GASPARINO et al., 2019), reforçando a necessidade de uma mudança de paradigma no sentido de promover um maior envolvimento destes profissionais, e consequentemente, melhorias no ambiente da prática profissional de enfer-

magem. Como referido por alguns autores (YANARICO et al., 2020) é imperativo acreditar no potencial dos enfermeiros para transformar e qualificar as práticas em saúde, o que só é possível dando-lhes a oportunidade de participar ativamente na “vida” da instituição.

No que se reporta à **política institucional para a qualificação profissional**, além de ser fundamental atender às necessidades formativas dos enfermeiros, devem ser criadas condições para que estes profissionais possam investir em formação relevante para o seu desenvolvimento profissional, reconhecendo, posteriormente, a formação pós-graduada que possuem. Este é um aspecto extremamente relevante, até porque alguns estudos confirmaram que constitui uma das dimensões com mais fragilidades (RIBEIRO et al., 2017; GASPARINO et al., 2019).

No que se refere à **organização e orientação da prática de enfermagem**, o enfoque da gestão deve centrar-se na definição de modelos teóricos de enfermagem que orientem a prática profissional dos enfermeiros e na elaboração de protocolos e procedimentos orientadores do exercício profissional.

Decorrente da convicção de que a sustentação teórica é crucial à intencionalidade da atuação profissional e ao próprio desenvolvimento da disciplina de enfermagem (RIBEIRO et al., 2018), torna-se emergente a adoção de um ou mais referenciais teóricos como orientadores da prática profissional, uma vez que a sua utilização além de fomentar o caráter disciplinar da enfermagem, garantirá a otimização da gestão do trabalho do enfermeiro, bem como a melhoria da qualidade dos cuidados.

Conhecer e compreender os constrangimentos à integração dos referenciais teóricos de enfermagem em cada um dos contextos, permitirá ao enfermeiro gestor adotar estratégias que fomentem as potencialidades e amenizem as dificuldades (RIBEIRO et al., 2018).

Em relação à **qualidade e segurança dos cuidados**, é essencial a definição de indicadores de qualidade, o investimento numa cultura de segurança do paciente e o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade, sendo que estes últimos deverão ser congruentes com as necessidades de melhoria previamente identificadas

em cada contexto (RIBEIRO, 2017).

No componente Processo o enfoque da gestão deve estar centrado na colaboração e trabalho em equipe; nas estratégias para garantia da qualidade no exercício profissional; nas práticas autônomas no exercício profissional; no planejamento, na avaliação e continuidade de cuidados; na sustentação teórica e legal do exercício profissional e nas práticas interdependentes.

No que se refere à **colaboração e trabalho em equipe**, os gestores em enfermagem devem incentivar a reformulação/atualização sistemática dos planos de cuidados; garantir que a comunicação entre os membros da equipe é precisa e promover o planejamento adequado dos cuidados; assegurar que existem relações de colaboração entre os diversos profissionais e que a opinião clínica dos enfermeiros é considerada no planejamento dos cuidados e da alta dos clientes. Relativamente a esta dimensão, os autores defendem que a relação entre os profissionais, a comunicação oportuna de problemas e a resposta às necessidades específicas das pessoas, traduz-se em ganhos tanto para os profissionais, como para os pacientes e para as organizações (GONÇALVES et al., 2020).

No âmbito das **estratégias para garantia da qualidade no exercício profissional**, os gestores devem promover momentos conjuntos para partilha de conhecimento e experiências sobre a assistência aos pacientes, bem como momentos de reflexão sobre os indicadores, as auditorias e os processos avaliativos da assistência de enfermagem. A avaliação e supervisão dos cuidados de enfermagem deve ser uma atividade planejada e sistematizada, tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Definir indicadores que traduzam a qualidade, além de ser uma tarefa complexa, constituiu uma ferramenta de melhoria contínua, com um enorme potencial para sustentar tomadas de decisão e boas práticas na gestão do trabalho em enfermagem (GONÇALVES et al., 2020; RIBEIRO, 2017).

No que se reporta às **práticas autônomas no exercício profissional**, o enfoque dos gestores deve estar direcionado para a valorização da dimensão autônoma da profissão. Neste sentido, os enfermeiros da equipe

devem ser incentivados a adotar modelos assistenciais centrados nos clientes e, consequentemente, na individualização dos cuidados. Tendo como objeto de estudo as respostas humanas a problemas reais e potenciais, o papel mais relevante dos enfermeiros é assistir os clientes nos processos de transição. Assim, centrados nos clientes, mais do que no processo de doença, a prática dos enfermeiros deverá estar intencionalmente direcionada para a reconstrução da autonomia (RIBEIRO, 2017).

Relativamente ao **planejamento, avaliação e continuidade de cuidados**, a adoção de uma metodologia científica é fundamental (RIBEIRO et al., 2018). Nesse sentido, na avaliação inicial, os enfermeiros devem ser incentivados a colher dados relevantes para a concepção de cuidados de enfermagem, sendo que após a implementação e avaliação dos resultados das intervenções, poderá ser necessário reformular o anteriormente planejado. Em relação à informação transmitida, cabe aos gestores em enfermagem supervisionar se uma parte significativa dessa informação se reporta à área disciplinar de enfermagem, na medida em que este é um aspecto diferenciador no âmbito do investimento na dimensão autônoma da profissão.

O cumprimento das etapas do processo de enfermagem é fundamental para o planejamento dos cuidados, assegurando simultaneamente a segurança do paciente e a qualidade da assistência (SANTOS et al., 2021). Atendendo a que muitas das lacunas relacionadas com a implementação do processo de enfermagem, já foram descritas (RIBEIRO et al., 2018), a adoção de estratégias para uma integração efetiva desta metodologia científica, serão cruciais para a gestão do trabalho do enfermeiro.

No que se refere à **sustentação teórica e legal do exercício profissional**, além de uma atuação centrada em um ou mais referenciais teóricos, os enfermeiros devem ser incentivados a agir em consonância com os instrumentos reguladores do exercício profissional e de acordo com a melhor evidência científica disponível, uma vez que só assim será possível o cumprimento dos desígnios da profissão e disciplina de enfermagem (RIBEIRO et al., 2018).

Em relação às **práticas interdependentes**, deve ficar claro entre os profissionais de enfermagem de que com a concretização das intervenções interdependentes, o trabalho não fica realizado, até porque há um significativo componente do trabalho de enfermagem que sendo autônomo, não fica contemplada nessa dimensão (RIBEIRO et al., 2018).

Quanto ao componente Resultado, o enfoque dos gestores deve centrar-se na avaliação sistemática dos cuidados e dos indicadores de enfermagem e na avaliação sistemática do desempenho e supervisão dos enfermeiros.

No que se reporta à **avaliação sistemática dos cuidados e dos indicadores de enfermagem**, é essencial que os gestores de enfermagem monitorizem de forma sistemática a cultura de segurança, a qualidade dos cuidados, a satisfação dos clientes, os indicadores de prevenção de complicações e ganhos em saúde, bem como os cuidados omissos.

Relativamente à dimensão **avaliação sistemática do desempenho e supervisão dos enfermeiros**, é relevante que os gestores em enfermagem monitorizem a satisfação profissional, o absentismo, os acidentes de trabalho, a sobrecarga, a rotatividade, bem como as situações de violência laboral. Além do mencionado, e tal como tem sido reivindicado pelos profissionais de enfermagem, é importante que a avaliação de desempenho seja reveladora da real atuação dos enfermeiros.

Como mencionado anteriormente, são muitos os estudos que demonstram que ambientes da prática profissional desfavoráveis determinam insatisfação dos profissionais, elevados níveis de *burnout*, absentismo e intenção de abandonar o local de trabalho (WEI et al., 2018), despertando a necessidade de investir em estratégias que garantam o apoio/suporte necessário aos enfermeiros, no sentido de contribuir para o seu bem-estar e para a melhoria da qualidade dos cuidados que prestam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, é crescente a evidência de que os fatores preditivos comuns ao bem-estar dos enfermeiros, à qualidade e à segurança

dos cuidados, se referem às dimensões dos ambientes da prática profissional, com especial destaque para a gestão e liderança nos serviços.

Nos esforços que os enfermeiros gestores realizam para melhorar os ambientes da prática, a par da preocupação em garantir uma atuação congruente com os padrões de qualidade e em assegurar cuidados seguros e de qualidade, são fundamentais as estratégias de motivação e suporte, o envolvimento e a valorização dos enfermeiros da equipe.

Os enfermeiros gestores ao atuarem como impulsionadores de ambientes da prática mais positivos, têm um impacto direto na gestão do trabalho, bem como no desempenho e bem-estar dos enfermeiros da equipe que lideram.

Neste contexto, o recurso a instrumentos que permitam avaliar os ambientes da prática profissional de enfermagem constitui uma ferramenta útil, na medida em que além de facilitar a identificação das potencialidades e das fragilidades dos diferentes contextos, permite priorizar as áreas de intervenção e, posteriormente, acompanhar a evolução.

REFERÊNCIAS

BETTENCOURT, A. P.; MCHUGH, M. D.; SLOANE, D. M.; AIKEN, L. H. Nurse Staffing, the Clinical Work Environment, and Burn Patient Mortality. *J Burn Care Res* [Internet]. 2020; v. 41, n. 4, p. 796-802.

GASPARINO, R.C.; FERREIRA, T.D.M.; CARVALHO, K.M.A.; RODRIGUES, E.S.A.; TONDO, J.C.A.; SILVA, V. Avaliação do ambiente da prática profissional da enfermagem em instituições de saúde. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019; v. 32, n. 4, p. 449-55.

GONÇALVES, A.; GUILHERME, E.; SILVA, P.; LABIZA, S.; ASUNÇÃO, M. Importância de ambientes favoráveis à prática de enfermagem. *REN* [Internet]. 2020; v. 1, n. 3, p. 21-37.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Nurses: A Voice to Lead – Achieving the Sustainable Development Goals; International Nurses Day 2017 [PDF]. Genebra: International Council of Nurses; 2017. Available from: https://www.ordem enfermeiros.pt/media/8882/kitdie2017_vf_com-capa.pdf

MAMEDE, M. V. Força de trabalho da enfermagem e obstetrícia e os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2016-2030). *Rev Rene* [Internet]. 2017; v. 18, n. 6, p. 710-11.

RIBEIRO, O. M. Conceções e Práticas dos Enfermeiros: Olhares sobre um percurso em hospitais portugueses. Loures: Lusodidacta; 2017.

RIBEIRO, O. M. P. L.; MARTINS, M. M. F. P. S.; TRONCHIN, D. M. R.; FORTE, E. C. N. Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018; v. 39:e2017.

RIBEIRO, O. M. P. L.; VICENTE, C. M. F. B.; MARTINS, M. M. F. P. D. S.; VANDRESEN, L.; SILVA, J. M. A. V. D. Instruments for assessing professional nursing practice environments: An integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020; v. 1:e20190381.

RIBEIRO, O. M. P. L.; VICENTE, C. M. F. B.; MARTINS, M. M. F. P. S.; TRINDADE, L. L.; SOUSA, C. N.; CARDOSO, M. F. P. T. Scale of evaluation of the environments of professional nursing practice: construction and content validation. *Rev baiana enferm*. 2020; v. 34:e37996.

RIBEIRO, O. M. P. L.; VICENTE, C. M. F. B.; SOUSA, C. N.; TELES, P. J. F. C.; TRINDADE, L. L.; MARTINS, M. M. F. P. D. S.; CARDOSO, M. F. P. T. Scale for the Environment Evaluation of Professional Nursing Practice: Construct validation. *J Nurs Manag*. 2021 Sep; v. 29, n. 6, p. 1809-1818.

RIBEIRO, O.M.P.L.; MARTINS, M.M.F.P.S.; TRONCHIN, D. M. R.; SILVA, J. M. A. V. Professional nursing practice grounded in the theoretical framework of the discipline: reality or utopia. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2018; v. IV, n. 19, p. 39-48.

SANTOS, J. L. G.; GOBATO, B. C.; MENEGON, F. H. A.; MOURA, L. N. CAMPONOGARA, S.; ERDMANN, A. L. Trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar: análise de características desfavoráveis. *R. pesq. cuid. fundam*. Online [Internet]. 2021; v. 13, p. 1395-1401.

WEI, H.; SEWELL, K. A.; WOODY, G.; ROSE, M. A. The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2018; v. 5, n. 3, p. 287-300.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fact Sheet - WHO and partners call for urgent investment in nurses. [Web page] Genebra: World Health Organization; 2020 [cited 2021 20 Sept]. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/who-and-partners-call-urgent-investment-in-nurses>?fbclid=IwAR2gRxgs6OMnMoqHZAF7IkrT6xZOsfsd5HPgpgOwbK3wFksYZBzY7PFRjeo

YANARICO, D. M. I.; BALSANELLI, A. P.; GASPARINO, R. C.; BOHOMOL, E. Classification and evaluation of the environment of the professional nursing practice in a teaching hospital. *Rev. latinoam. Enferm* [Internet]. 2020; v. 28: e3376.

CAPÍTULO 7

ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CENÁRIO PARA MELHORES PRÁTICAS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS

Mônica Ludwig Weber

Carine Vendruscolo

Edlamar Katia Adamy

Maristela Izcak Baldissera

Adriane Karal

Dara Montag Portaluppi

INTRODUÇÃO

Em março de 2020, passou-se a vivenciar um cenário atípico na assistência à saúde com início da pandemia causada pelo Coronavírus Disease 2019 (COVID-19), que rapidamente, se tornou um sério problema de saúde pública, como ameaça para a vida humana. As pandemias não são eventos desconhecidos na história da humanidade, no entanto, a COVID-19 foi a primeira no século XXI e ultrapassou 223.022.538 casos confirmados no mundo, com 4.602.882 óbitos registrados até o início de setembro de 2021 (WHO, 2021). Não obstante, a pandemia trouxe à tona amplos problemas para a saúde pública no Brasil, especialmente, relacionados à gestão, incluindo a falta de recursos e de sensibilização da sociedade na adesão ao isolamento social, que se mostrou uma das medidas iniciais mais eficazes no controle da doença, assim como as vacinas (BACKES et al., 2021).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), prioritária para a expansão, consolidação e qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS),

designada como Atenção Básica (AB) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalece a reorientação do processo de trabalho, com potencial de ampliação e resolutividade, ao priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e coletividades. Este nível de assistência atende aos atributos do acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (BRASIL, 2017). A operacionalização da ESF ocorre pelas equipes de Saúde da Família (eSF), compostas minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário da saúde (ACS) (BRASIL, 2017).

Na composição destas equipes, o enfermeiro assume papel estratégico, como articulador da clínica e da prevenção e promoção da saúde, no âmbito assistencial, e como coordenador da equipe e do serviço, no âmbito gerencial. Sua *práxis* transita entre as dimensões do seu processo de trabalho, pautadas no cuidado, na educação/pesquisa e na gestão, para enfrentar os desafios do cotidiano profissional (TOSO, PADILHA E BREDA; 2019). Soma-se a isso a necessidade de reinventar-se durante esse período de crise pandêmica, tendo em vista o novo horizonte tecnológico a ser alcançado para a assistência à saúde (SILVA et al., 2021).

Para assumir essa postura inédita, frente ao “novo normal”, é importante que o enfermeiro se paute nas melhores práticas de enfermagem, conceito que envolve: os melhores resultados de pesquisas científicas, a perícia clínica do profissional e o reconhecimento das necessidades de cada indivíduo. Nessa perspectiva, uma boa (ou melhor) prática visa a qualificação da assistência prestada nos diferentes cenários e, para tal, o enfermeiro é estimulado a ancorar sua conduta nas melhores evidências científicas disponíveis na literatura para o manejo clínico (TOSO; PADILHA; BREDA, 2019).

Diante da pandemia de COVID-19, desafios projetaram-se no cotidiano da assistência nas equipes de saúde, lideradas, em sua maioria, por enfermeiros. Estes necessitaram repensar o modo de conduzir o atendimento, com objetivo de garantir os princípios da

APS/AB, além de discutir práticas relevantes, frente às lacunas estruturais e de pessoal, para manejar os casos suspeitos e confirmados da COVID-19. Destacam-se, sobretudo nesse cenário, as dificuldades em manter a segurança dos profissionais para a prestação de assistência adequada, visto a sobrecarga de trabalho a que estavam expostos, levando-os ao esgotamento. Mudanças frequentes de setor e de equipe, insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), afastamento da família e reorganização da sua vida privada e social foram alguns dos enfrentamentos necessários (BEZERRA et al., 2020).

Mais especificamente, fizeram-se necessárias novas habilidades para o cuidado. Na dimensão assistencial, os enfermeiros foram provocados a desenvolver maiores competências clínicas para avaliação do estado de saúde do usuário, por meio da consulta de enfermagem, com foco na observação de respiração, fala e sinais e sintomas clínicas. Na dimensão educativa, além de participarem de pesquisas, a educação em saúde dos usuários foi realizada, inclusive, de forma remota, abarcando aspectos como a fisiopatogenia, medicamentos, testagem e prevenção da COVID-19, baseada nas diretrizes do Ministério da Saúde (MS). Em relação à dimensão gerencial, foi necessário o aprendizado da sistemática de priorização dos usuários com maior risco de agravamento clínico e a organização do plano de trabalho diário em equipe, com base na utilização de planilhas e indicadores (SILVA et al., 2021).

Por tudo isso, a incorporação de melhores práticas, sendo elas específicas da profissão ou ampliadas para a equipe multiprofissional, pautadas no conhecimento técnico-científico, podem implicar bons resultados na assistência, de forma eficiente e replicável. O presente capítulo propõe como objetivo descrever a vivência de enfermeiras de equipes de Saúde da Família do Oeste Catarinense, no contexto pandêmico da COVID-19, na perspectiva das melhores práticas.

VIVÊNCIAS INÉDITAS: EXPLORANDO O

CENÁRIO PANDÊMICO

O presente capítulo se configura como um relato de experiência vivenciada por enfermeiras que atuam na APS de diferentes municípios do Oeste Catarinense, no contexto da pandemia da COVID-19. A partir de março de 2020, a pandemia desafiou os profissionais e os serviços de saúde a reorganizar e reestruturar os cenários da prática; o fluxo de atendimentos sofreu drásticas alterações, assim como as agendas dos profissionais, sendo que alguns tiveram que ser deslocados da sua equipe de trabalho e realocados em outros espaços.

Atividades foram restritas, especialmente no que tange às coletivas, de educação, como grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos, educação na escola, entre outras. Ações referentes à prevenção da COVID-19 foram potencializadas, como o uso de máscaras, higienização frequente das mãos e isolamento social. O desenvolvimento de habilidades de comunicação, com auxílio de tecnologias que favorecessem ao esclarecimento de dúvidas dos usuários, foi outra habilidade incorporada ao cotidiano laboral do enfermeiro.

Este foi (e ainda é) um período de incertezas, insegurança, medo, angústia, por se tratar de uma doença desconhecida com alto potencial de transmissibilidade e chance de complicações, o que levou a óbito milhões de indivíduos (WHO, 2021).

Subitamente, foi necessária a abertura de centros exclusivos para o atendimento a sintomáticos respiratórios, separando-os dos demais pacientes, associada ao telemonitoramento dos casos suspeitos e confirmados, por 14 dias. Muitas dessas demandas foram absorvidas pela APS, como foi o caso das rotinas e protocolos, elaborados no município ou orientados pelo Ministério da Saúde. Essas iniciativas auxiliaram a organizar o fluxo de atendimento e direcionar a equipe durante a assistência. Foi necessário também, investir na infraestrutura com adaptação ou construção de espaços exclusivos para atendimento aos sintomáticos e na garantia dos EPI aos profissionais. O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus em caso de epi-

mia foi documento base no território nacional e definiu os níveis de resposta em tempo real para objetivar a preparação e adaptação da rede de atenção à saúde, além da estrutura de comando correspondente em cada nível de governo: nacional, estadual e municipal (CABRAL et al., 2020).

Na linha de frente, a enfermagem passou a ser uma das categorias profissionais imprescindíveis para o enfrentamento da COVID-19. Considerando-se a rede de serviços de saúde, ordenada pela APS, sua presença ocorre nas 24 horas do dia, seja na assistência direta ou indireta aos casos suspeitos ou confirmados. Essa necessidade, apesar de contribuir para uma qualificação nas habilidades profissionais, como a consulta do enfermeiro, torna os profissionais vulneráveis à doença, bem como, predispõe ao esgotamento físico e mental, devido a rotina diária estressante e exaustiva, com informações novas a cada minuto, vivendo momentos de verdadeiro pânico, tal qual um filme de terror (BACKES et al., 2021; VENTURA et al., 2020).

Com o advento da vacinação, em janeiro de 2021, aos poucos percebeu-se uma estabilização no número de casos novos, com índices mais baixos dos até então identificados. A partir do segundo semestre de 2021, as eSF foram aos poucos retornando aos atendimentos por demanda espontânea, cedendo espaço para agendamentos de usuários no retorno às consultas, com exames e pequenos procedimentos. As reuniões de equipe foram retomadas gradativamente, bem como as visitas domiciliares (VD); alguns grupos de educação em saúde passaram a acontecer de forma online, como o de gestantes e antitabagismo, inaugurando uma forma inédita de assistência. A busca ativa também foi uma ferramenta indispensável no trabalho da eSF, favorecendo o monitoramento e rastreamento de casos de COVID 19, entre indivíduos e coletividades.

Refletiu-se, então, de como todas essas atribuições que envolvem a enfermagem, poderiam ser ponderadas à luz do conceito de melhores práticas em enfermagem. Em meio às vivências aqui exploradas, deseja-se provocar o leitor sobre: como o enfermeiro tem desempenhado seu papel neste contexto pandêmico, nas diferentes

dimensões do trabalho, apoiado em marcos legais, nas evidências científicas e, sobretudo, na sua experiência?

A ENFERMAGEM E AS EQUIPES SE REINVENTANDO DIANTE DO CONTEXTO PANDÊMICO: O NOVO NORMAL

A ESF é reconhecida como impulsionadora da reorientação do modelo de atenção na APS, ao objetivar uma atenção contínua e integral a todos os indivíduos, famílias e comunidade, por meio do trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Evidências demonstram que a consolidação da ESF tem sido associada à melhoria da qualidade de vida da população, evidenciada pela redução dos coeficientes de mortalidade infantil e de mortalidade materna, diminuição das taxas de doenças imunopreveníveis e de internações hospitalares por condições evitáveis (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

O aumento da cobertura da ESF também tem potencial de interferir nos determinantes sociais da saúde, tais como aspectos socioeconômicos, culturais, ambientais e comportamentais, os quais influenciam diretamente na ocorrência de problemas de saúde (BRASIL, 2017). Em tempos de pandemia, houve a necessidade de uma (re)organização dos serviços de saúde em nível mundial, realidade que não difere do vivenciado por enfermeiros no Oeste Catarinense, mesmo em municípios de pequeno porte. No Sul do Brasil, estudo pondera que o manejo da COVID-19 promoveu visibilidade ao trabalho da enfermagem, seja na prestação de cuidados diretos ou indiretos, seja como gestores dos serviços ou como educadores e pesquisadores. O trabalho integrado às equipes que atuam na rede de serviço do município em pauta, remete à importância da intersetorialidade e da interprofissionalidade na gestão dos casos, o que garante a qualidade da atenção (SILVA et al., 2021).

No caso presente, foi preciso reorganizar as agendas dos profissionais, diminuindo o número de atendimentos, a fim de evitar aglomerações nas Unidades de Saúde e possível contaminação. Ain-

da, houve a necessidade de remanejamento e contratação de novos profissionais, bem como, foram organizados, por vezes improvisados, locais estratégicos para acolhimento aos sintomáticos respiratórios, com organização do fluxo de atendimento, com tendas externas, e improviso de locais bem ventilados.

Os indivíduos atendidos e com sintomas passaram a ser monitorados por 14 dias, além da realização de testagem/exames em massa. Essa medida foi e continua sendo eficaz, pois deixa o usuário mais tranquilo/seguro para enfrentar a doença. É considerada também, uma medida na redução da disseminação do vírus, ademais, auxilia na avaliação do seu quadro clínico e individualiza as intervenções (CABRAL et al., 2020).

Os teleatendimentos, como a teleorientação, também foram realizados, evitando, dessa forma, idas desnecessárias à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou centros de atendimento. Tais estratégias configuraram-se como uma ferramenta rápida, simples e eficaz no cuidado, pelas variadas configurações de contato que se apresenta, sejam elas através dos smartphones, computadores, tablets, dentre outros (CELUPPI et al., 2021).

Todas as medidas adotadas objetivaram a diminuição do pico epidêmico, que foi evidenciado por modelagem matemática, pois estima-se que haja uma redução de 50% no contato entre pessoas, distribuindo melhor os casos positivos ao longo do período de observação epidêmica e nos serviços de saúde. Isso demonstra a importância de agir preventivamente, o que no Brasil impacta consideravelmente, tendo em vista o tamanho continental, as desigualdades sociais e a pluralidade cultural (CABRAL et al., 2020).

O contexto gerado pela pandemia tem exigido a reorganização do sistema de saúde e faz com que aflore a cooperação interprofissional (VENDRUSCOLO et al., 2020), por meio de diferentes núcleos de saberes, unidos por um objetivo comum. Nesse meio, a enfermagem destaca-se pela maneira como conduz a equipe, fortalecendo a prática colaborativa e o trabalho conjunto, mesmo quando as reuniões de equipe não podiam ser realizadas, em vista das medidas de isolamento. Nesses casos, o enfermeiro tinha a iniciativa de mobi-

lizar a equipe e promover encontros virtuais.

A ausência física reforçou o aperfeiçoamento da escuta, tanto profissional-usuário (escuta ativa), quanto entre profissionais. Dessa forma, também, oportunizou o desenvolvimento de habilidades para a identificação de aspectos psicológicos e sociais, como ansiedade e solidão. Foi possível realizar orientações direcionadas às necessidades e promover o apoio, interpretando as demandas e o contexto integral, para além das questões da COVID-19 (SILVA et al., 2021).

Segundo Peduzzi e Agreli (2018), o trabalho em equipe está sendo relacionado a prática colaborativa, pois não bastam equipes integradas e efetivas para aprimorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde, é necessário a colaboração entre equipes e entre profissionais, e mesmo, entre os diferentes setores que compõem as redes. É preciso, também, conhecer o perfil da população do território de abrangência, definir de forma conjunta os objetivos e realizar o planejamento das ações e dos cuidados de saúde. O trabalho em equipe é tido como elemento essencial de enfrentamento diante da complexidade do sistema, nas necessidades de saúde, na organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede.

Outra novidade foi que as equipes precisaram adaptar atividades, que anteriormente eram realizadas de maneira presencial, suspendendo aquelas coletivas com os grupos prioritários, como hipertensos, diabéticos, gestantes, antitabagismo e atividades educativas na escola. Essas atividades acarretavam risco à sua saúde, principalmente, aos usuários do serviço, que se encontravam em situação de vulnerabilidade.

Assim, foi necessário restringir o atendimento individual e presencial para situações de urgência e emergência, por consequência das acomodações espaciais, logísticas e do próprio isolamento social da comunidade. Para Celuppi et al., (2021), o contexto gerado pela pandemia produziu mudanças no sistema tradicional de atendimento, às organizações de saúde precisaram se reinventar, foi necessário investir em novas tecnologias. Os autores, também, citam que os profissionais de saúde tiveram um duplo desafio: o de buscar conhecimento/informação sobre a doença e a adaptação a uma nova maneira de oferecer o cuidado.

Eles consideram que o avanço das tecnologias pode se tornar um aliado, oportunizando/fortalecendo o vínculo entre profissionais e pacientes.

A APS/AB também precisou garantir infraestrutura (equipamentos eletrônicos, ampliação de espaços em mídia, construção de ambiente exclusivo atendimento a pacientes suspeitos) e EPI (aventais impermeáveis, toucas, óculos, máscara N95, face shield) para toda a equipe. Passou, juntamente com a Vigilância Epidemiológica dos municípios, a coletar dados sobre este novo agravio, preencher as fichas de notificação e realizar estratégias de intervenção nos territórios. Carros de som informavam a comunidade, incentivando o isolamento social, com o intuito de reduzir os contágios. Essas práticas vão ao encontro com o prescrito pelas políticas de saúde, sobre a integração entre os serviços (BRASIL, 2017), demonstrando seu potencial para o controle de epidemias.

Podemos identificar que essas ações se assemelham em, praticamente, todo o Brasil. Foi necessário o envolvimento de toda a rede de atenção para o enfrentamento da pandemia. A COVID-19 nos mostrou que, para o enfrentamento de catástrofes como essa, o sistema de saúde precisa estar integrado em toda a rede, através do ordenamento e definição dos papéis e fluxos de atendimento, com vistas ao alcance da integralidade do cuidado (CABRAL et al., 2020).

Pode-se afirmar que a experiência vivida com a pandemia trouxe muitos obstáculos, incertezas, insegurança, medos, riscos, alterações emocionais, causadas pelo cenário desconhecido. Nessa direção, estudo realizado por Bezerra et al., (2020), evidenciou que os profissionais da enfermagem possuem maior chance de desencadear estresse ocupacional, como a Síndrome de *Burnout* (SB), causada pelo excesso de trabalho; esgotamento físico e mental, depressão, interação social comprometida, afastamento de familiares, entre outros.

Em meados de maio de 2021, aos poucos, retomou-se o atendimento da demanda espontânea com restrição no número de consultas, bem como as VD. Essas mudanças objetivaram aumentar a capacidade clínica da equipe e manter a segurança nos atendimentos,

pois profissionais também adoecem e necessitam de cuidado. Ainda, com assistência restrita, ferramentas como o acolhimento e a escuta qualificada foram potencializadas, tendo em vista que as queixas de ordem psicológica tiveram um aumento significativo e a comunicação e discussão de casos na equipe se fortaleceu.

Em meio a esse “novo normal”, a importância da enfermagem como agente produtor de saúde ganhou visibilidade, incluindo o contexto da APS/AB. A atuação dos profissionais na linha de frente, sem uma estratégia de enfrentamento sólida, defendida uniformemente pelas autoridades do país, aliada a pouca disponibilidade de EPI e de políticas de proteção dos trabalhadores da área da saúde, chamou a atenção de entidades de classe e mesmo de outras profissões. Entre as principais medidas de prevenção da COVID-19 e que, também, se caracterizam como desafios para o trabalho dos profissionais, está a conscientização sobre a higienização e lavagem de mãos, uso correto de máscaras e as recomendações de distanciamento social, principalmente, a orientação para que as pessoas permaneçam em casa, na medida do possível.

Para orientar tais condutas, a enfermagem pauta-se em práticas que, embora reconhecidas na profissão desde as primeiras epidemias por ela enfrentadas, na atualidade, são ancoradas em evidências científicas e na experiência dos enfermeiros (TOSO; PADILHA; BREDA, 2019). O conceito de melhores práticas em enfermagem, no Brasil, tem sido foco de muitos espaços de discussão da profissão, pois são aquelas reconhecidas por basear-se em um método, possível pela experiência e investigação, que conta com total confiabilidade para conduzir a um determinado resultado, sem a utilização desmedida de recursos para atingir os resultados desejados e que pode ser adaptada a problemas de saúde semelhantes em outros contextos (TOSO; PADILHA; BREDA, 2019).

Na APS/AB, uma das prioridades é avaliar o indivíduo em sua integralidade, tendo em conta o cenário no qual ele encontra-se inserido e acompanhando seu percurso pela rede de atenção. Isso garante a coordenação segura e a continuidade do cuidado. Por isso, é importante o planejamento de ações no momento que o usuário se encontra em um

período transitório da condição saúde/doença, por vezes necessitando de outros serviços. Essa conduta costuma ser corriqueira nos serviços de saúde quando há responsabilização pelo cuidado (SILVA et al., 2018).

Em estudo realizado por Silva et al., (2018), encontra-se que na acepção da prática profissional é preciso ocorrer o diálogo entre gestores, profissionais e utilizadores do sistema. Tal conduta contribui para aprimorar a troca de saberes, com o objetivo de estruturar e efetuar as melhores práticas para uma assistência integral, ainda que estas práticas estejam apoiadas em valores, princípios éticos e fundamentadas científicamente. Se faz necessário, portanto, realizar o movimento de mudança do modelo tradicional e passar a observar/enxergar o indivíduo em todas as suas dimensões (social, econômica, cultural). Nessa perspectiva, o trabalho interprofissional é importante para a potencialização da integralidade, e a ESF é o modelo de atenção que pode fazer com que isso aconteça. Assim, não se conceber a gestão da APS na perspectiva da integralidade, não se conceber uma rede de atenção ampliada, poderá resultar na conservação de uma sociedade com muitos problemas de saúde. E não existe outra forma de produzir ações de saúde eficazes, se não houver a participação/ envolvimento de todos os atores sociais na busca da integralidade do cuidado (SILVA et al., 2018).

Uma das práticas de trabalho em equipe que se mostrou mais assertiva para manejar o contexto de crise, foram os encontros periódicos com ACS, momentos nos quais estes traziam demandas das famílias e/ou do território para discussão e planejamento das ações. Esses encontros fomentam a troca de informações, o aprendizado coletivo entre toda a equipe e a colaboração no trabalho. Neles são planejadas as VD do mês, é atualizado o mapa do território, são discutidos casos e compartilhados conhecimentos e experiências. O enfermeiro da eSF desempenha papel fundamental nessa atividade, pois reconhece o perfil da população atendida e fundamenta suas condutas nesse reconhecimento, o que durante a pandemia se intensificou.

A escuta, o acolhimento e a educação em saúde individualizada também se destacaram, pois foram as ferramentas disponíveis e mais ef-

cazes para o momento vivido. Estudo realizado por Weber et al., (2019), contribuiu para a compreensão de que toda ação em prol da melhoria na saúde pode configurar-se como uma melhor prática. Não se trata, necessariamente, de um dispositivo, tecnologia, ou técnica, de maneira isolada, mas sim, de um conjunto de procedimentos, observado o contexto do usuário, e que poderá levar ao melhor resultado possível, podendo ainda, ser replicado em outras realidades do seu cotidiano laboral.

Cumpre destacar que para o desenvolvimento das atividades, como os encontros e discussões com os ACS, é necessário empenho e dedicação dos integrantes da equipe, perfil e formação profissional para atuar na APS/AB, apoio do gestor e conscientização da população sobre a importância de se trabalhar com prevenção e promoção da saúde. A interação entre gestores, profissionais da saúde e usuários, nos processos assistenciais, orienta para as ações de produção de saúde mais abrangentes, melhorando a prática. Observa-se dificuldade da própria equipe em realizar o trabalho de modo coletivo, pois isso, requer colaboração, diálogo e tempo, prerrogativas fundamentais no trabalho interprofissional (DOLNY et al., 2020).

A prática colaborativa vai além das questões interprofissionais, integra o panorama do usuário, família e comunidade, na busca de cuidar com as pessoas, ao invés de cuidar para as pessoas, essa prática possui como elemento central, o indivíduo (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Vendruscolo et al., (2020), descrevem que a união de diferentes núcleos de saberes em um setor, requer habilidade dos profissionais para o trabalho em equipe. A interprofissionalidade na equipe de trabalho manifesta-se com diferentes profissões, cujas práticas devem direcionar a um único saber, de maneira colaborativa. Essa colaboração entre os profissionais, de forma interativa, compartilhando objetivos, reconhecendo o papel e a importância do outro, estabelecendo uma relação mútua, ocasiona um melhoramento no processo de trabalho.

Nesta perspectiva, um problema frequente é o *turnover* de pessoal, que dificulta o entrosamento e a adaptação, bem como prejudica o desenvolvimento do vínculo usuário-equipe e de responsabi-

lização compartilhada, uma vez que o compromisso e o vínculo são construídos entre as relações do cotidiano (SANTOS, MISHIMA, MERHY; 2018). A rotatividade da enfermagem implica na continuidade e longitudinalidade do cuidado, e junto ao absenteísmo estão correlacionadas a desfechos desfavoráveis nos usuários dos serviços de saúde (BACKES et al., 2021).

A enfermagem já apontava os desafios no trabalho, como sub-dimensionamento no território nacional e a sobrecarga de trabalho, que no contexto da pandemia, com o aumento do nível de complexidade dos pacientes, se somaram a maiores impedimentos e adversidades. Ainda, para suprir rapidamente a assistência de enfermagem nas instituições, o processo de recrutamento e seleção toma medidas de contratações sem integração adequada às rotinas e protocolos institucionais, ou ainda, sem educação permanente, expõe o profissional a maior risco de consequências negativas em sua prática e com potencial dano ao paciente (BACKES et al., 2021).

Frequentemente, os usuários acometidos pela COVID-19, com necessidades ou múltiplas comorbidades, dependem de tecnologias e dispositivos para continuar os cuidados no domicílio ou nos outros contextos, precisando de profissionais e recursos de apoio. Os enfermeiros assumem uma liderança ao fazer uso de estratégias como a educação, a instrução de medicações e dispositivos, o monitoramento por meio de VD ou telefonemas.

É nessa perspectiva que se considera que a adoção de melhores práticas assistenciais é uma necessidade cada vez mais presente, nos cenários da APS/AB. O que se percebeu durante a pandemia foi um preparo, por vezes, insuficiente, da enfermagem, para atuar nas diferentes dimensões do cuidado (sobretudo na gestão e na assistência), potencializado pelo momento pandêmico. Por outro lado, as habilidades no que diz respeito à prevenção, por meio da comunicação e ações de educação em saúde, permeadas por tecnologias, demonstrou ser um potencial recurso, facilitado pelo enfermeiro. Da mesma forma, a enfermagem mostrou-se hábil na mobilização da equipe para

o trabalho interprofissional.

Embora a enfermagem tenha demonstrado ser parte fundamental da equipe, a fim de conduzir determinadas ações, é marcadamente visível a necessidade de momentos invariáveis de estudo para melhor desempenho na prática. Nessa direção, a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui-se em ferramenta potencializadora das melhores práticas, trazendo para a equipe os conteúdos técnicos necessários, ajudando a desenvolver também, as competências dialógicas, éticas, de comunicação, de escuta, de planejamento e de avaliação (DOLNY et al., 2020).

Desenvolver competências para as melhores práticas em enfermagem fomenta e promove mudanças positivas na prática profissional. Além disso, a qualificação é condição sensível para enfermeiros na APS, de suma importância para a consulta de enfermagem que foge das linhas de cuidado preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Logo, a EPS é fundamental para o aprimoramento da prática com base em evidências científicas e nas experiências exitosas da enfermagem. Ainda, a qualificação para uma prática de qualidade se alicerça no envolvimento dos sujeitos em movimentos contínuos de educação individual, coletiva e institucional, além do acesso a fontes de informação confiáveis para o seu desenvolvimento (DOLNY et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A ENFERMAGEM E O “NOVO NORMAL”

A enfermagem brasileira desenvolveu sobremaneira, competências e habilidades para atuar na APS, nas últimas décadas. Com a pandemia da COVID-19, esteve em evidência e ganhou algum reconhecimento. Houve um importante movimento e esforço das instâncias relacionadas à profissão para garantir a valorização profissional e, acima de tudo, reforçar o potencial de sua contribuição para o fortalecimento da APS/AB e do SUS.

Em meio a dilemas e desafios enfrentados, no ano em que se co-

memorou o bicentenário da precursora da profissão, também, iniciou a maior crise de saúde pública deste século. A categoria, como se não bastasse, ainda precisa de força para lutar pela garantia do direito à saúde, pela prevalência da ciência, por condições dignas de trabalho e para demonstrar para a sociedade o seu potencial como profissão do cuidado e produtora de saúde.

Ficou evidente, durante o contexto pandêmico, que a atuação dos profissionais na APS/AB exige formação específica e educação permanente, devido à complexidade do contexto e o caráter ordenador das redes de atenção à saúde. A enfermagem demonstra alguma habilidade nas ações gerenciais e de cuidado clínico, mas possui especial destaque para as ações educativas/preventivas.

O cenário estudado não difere de outros, do Brasil e do mundo, em se tratando das dificuldades resultantes da COVID-19 e suas implicações para a enfermagem. Além do conhecimento técnico-científico, o domínio de instrumentos/tecnologias de cuidado, informação e gestão; a atualização e participação em movimentos de educação permanente constituem requisitos primordiais para o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem de qualidade e fundamentado nas melhores práticas.

Ademais, há cada vez mais, precisão de que as equipes de saúde passem de multiprofissionais para equipes interprofissionais, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada. Enfrentar a pandemia, o novo, o desconhecido, nos remeteu a muitos desafios, mas que dia após dia foram sendo superados com força e determinação, substantivos muito presentes no profissional enfermeiro.

REFERÊNCIAS

- BACKES, M.T.S. et al. Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da COVID-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 42, n. esp., e20200339, p. 1-8, 27 jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/8m9tKBNXw8tWKyZjyPxmh4K/?language=en>. Acesso em: 24 set. 2021.

BEZERRA, G.D. et al. O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 93, n. esp., e-0020012, p. [20], 4 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.0-art.758>. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/758>. Acesso em: 24 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 set. 2020.

CABRAL, E.R. de M. et al. Contributions and challenges of the Primary Health Care across the pandemic COVID-19. **Interamerican Journal of Medicine and Health**, [s.l.], v. 3, e202003012, p. 1-6, 44 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>. Disponível em: <https://iajmh.em-nuvens.com.br/iajmh/article/view/87/130>. Acesso em: 24 nov. 2021.

CELUPPI, I.C. et al. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 37, n. 3, e00243220, p. 1-12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243220>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rvdKVpTJq8PqTk5MgTYTz3x/?lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2021.

DOLNY, L.L. et al. Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 15-38, jan./fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-002>. Disponível em: <https://www.brazilian-journals.com/index.php/BJHR/article/view/5876/5273>. Acesso em: 24 set. 2021.

PEDUZZI, M; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPb-qh/?lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2021.

SANTOS, D. de S.; MISHIMA, S.M.; MERHY, E.E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s9b-mJspgCcykVW6gddLytdG/?lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2021.

SILVA, C.B. da et al. Implementação do telemonitoramento de COVID-19: repercussões na formação acadêmica em Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 42, n. esp., e20200395, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.20200395>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sKs6d5BmYHKxsjmjr7bKbsD/?lang=en>. Acesso em: 24 nov. 2021.

SILVA, M. de F.F. da et al. Integralidade na Atenção primária à Saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Minas Gerais, v. 1, supl. 1, p. 394-401, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4979/497955551016/497955551016.pdf>. Acesso em: 24 set. 2021.

TOSO, B.R.G. de O.; PADILHA, M.I.; BREDA, K.L. The euphemism of good practice or advanced nursing practice. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, e20180385, p. 1-8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0385>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wgFY45pvzZd5jrntLDdQpcJ/?lang=en>. Acesso em: 24 set. 2021.

VENDRUSCOLO, C. et al. “PET-Saúde” Interprofissionalidade: reflexões sobre uma estratégia interinstitucional para reorientação da formação. **Saúde em Redes**, [s.l.], v. 6, n. 2, p. 275-287, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2p%25p>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2430>. Acesso em: 24 set. 2021.

VENTURA-SILVA, J.M.A et al. International year of the nursing and the pandemic of covid-19: media expression. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], 2020; v. 19, n. 1, e55546, 1 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v19i0.55546>. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/55546/751375150698>. Acesso em: 24 nov. 2021.

WEBER, M.L. et al. Melhores práticas de enfermagem: potencialidades e desafios em um contexto assistencial. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 9, e3509, p. 1-10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3504>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3504>. Acesso em: 24 set. 2021.

WHO. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. Genebra: WHO, c2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 11 set 2021.

CAPÍTULO 8

OFERTA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS: FACILIDADES E DIFICULDADES SEGUNDO PROFISSIONAIS DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Carine dos Santos Spindola
Ana Beatriz da Costa Franceschini
Fabiana Zucchi Beneli
Larissa Oliveira Derussi Gil
Letícia de Camargo Pereira
Carolina Barbui de Arruda
Leandra Andréia de Sousa

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é mundialmente considerado um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Nele, destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto reordenadora do sistema e principal porta de entrada do usuário ao SUS, e a Estratégia Saúde da Família (ESF), prioridade nacional para fortalecer a APS e organizar o acesso ao SUS (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002). Ressalta-se também os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB), compostos por equipes multiprofissionais que atuam de forma compartilhada e integrada com as equipes da ESF (BRASIL, 2017) para ampliar a abrangência, escopo e resolubilidade das ações da APS, tendo em vista o cuidado integral ((BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002)).

Nesse contexto, inserem-se as Práticas Integrativas e Comple-

mentares (PIC) que, além de serem recomendadas e apoiadas pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014-2023), são ofertadas no SUS por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006). Atualmente, a PNPIC reúne 29 práticas terapêuticas. A inserção dessas abordagens no SUS corrobora as recomendações da OMS, e sobretudo, atende às necessidades de acesso às práticas de cuidado da saúde até então exclusivas ao setor privado Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014-2023).

A inserção dessas práticas na política nacional pode traduzir uma conquista rumo à pluralidade terapêutica no SUS, pois as PIC favorecem o protagonismo do usuário; valorizam a promoção da saúde; ressignificam positivamente o trabalho em saúde e a relação entre profissionais de saúde e usuários; e predispõem o cuidado ampliado na direção de um modelo integral de atenção. Além disso, aspectos importantes da gestão que constroem o contexto de implantação das práticas e PNPIC (SOARES; PINHO; TONELLO, 2020).

Contudo sua oferta no SUS ainda enfrenta muitos desafios, sendo a falta de investimento financeiro por parte do governo Federal um dos fatores que dificultam o avanço da PNPIC. A falta de investimento financeiro específico para as práticas acarreta em outros obstáculos, como a insuficiência de profissionais capacitados e dificuldade em oferecer formação para os profissionais da rede. Outro problema é a falta de planejamento dos gestores municipais com relação à implementação da PNPIC e poucos municípios que contemplam a política em algum instrumento de gestão (SOARES; PINHO; TONELLO, 2020).

Na produção da gestão do trabalho e do cuidado em saúde, a interface entre NASF, ESF e PIC é profícua e assinala potência de apoio mútuo na direção do fortalecimento do SUS, seja no matriçamento das equipes, seja via educação permanente em saúde, seja na inserção dessas abordagens terapêuticas no cotidiano do cuidado na APS. Um estudo realizado com o objetivo de retratar o contexto das PIC na APS brasileira evidenciou que aproximadamente 78%

da oferta das práticas se dá na APS, majoritariamente na ESF e nos NASFs. Com base nos achados, o estudo sugere uma estratégia para a expansão das PIC que se baseia na inserção dessas via ESF e equipes NASF, principalmente, em função do matriciamento (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Diante das perspectivas trazidas, questiona-se: Qual a percepção de profissionais das equipes NASFs acerca dos fatores que facilitam e dificultam a oferta das PIC no SUS? Frente a esse questionamento e às considerações apresentadas, esta pesquisa teve por objetivos: identificar facilidades e dificuldades da oferta de Práticas Integrativas e Complementares nos serviços da Atenção Primária à Saúde, na percepção de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e mapear as PIC ofertadas por profissionais do NASF, em um Departamento Regional de Saúde, do Estado de São Paulo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem quanti-qualitativa. O presente trabalho foi desenvolvido no contexto das equipes NASF e faz parte de uma pesquisa abrangente acerca do processo de implantação das PIC nos serviços de APS dos 24 municípios integrantes de um Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo, o qual se divide em quatro regiões de saúde, sendo estas denominadas pelas letras: A, B, C e D. O cenário da pesquisa foi composto por seis NASFs do DRS, sendo dois da região A, dois da região B, um da região C e um da região D.

Participaram deste estudo, formulários e entrevistas, seis profissionais das equipes NASFs que atenderam aos critérios de inclusão: trabalhar no NASF do município integrante do DRS, cujo SUS local ofertá ou não uma ou mais PIC previstas na PNPIC; dispor de aparelho digital como computador, notebook ou celular e acesso à internet; e aceitar participar da pesquisa. A inclusão do recurso digital se deu em virtude da pandemia de COVID-19. Para preservar o

sigilo e anonimato das participantes foram utilizados nomes fictícios.

Os dados foram coletados por meio de questionário e entrevista semiestruturada online contendo perguntas fechadas e abertas acerca da implantação das PIC. Anteriormente ao início da coleta de dados, os questionários passaram por pré-teste, revisão do instrumento e delineamento do questionário final, sendo validados por cinco juízes. Os dados das entrevistas foram transcritos na íntegra e complementados com as anotações registradas em um diário de campo procedentes dos encontros virtuais. O período de coleta de dados ocorreu de novembro/2020 a julho/2021.

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva. Os dados qualitativos foram tratados a partir da análise temática de conteúdo (MINAYO, 2010) em que emergiram dois núcleos de sentido, os quais foram analisados à luz dos referenciais da APS e das políticas de saúde do SUS (MATTOS; BAPTISTA, 2015). Quanto aos procedimentos éticos, o projeto foi aprovado sob parecer número: 3.382.7654.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo as profissionais dos NASFs, as PIC ofertadas são: acupuntura/auriculoterapia, arteterapia, constelação familiar, dança circular, terapia de florais, homeopatia, lian gong, meditação, ozonoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária, ventosa e yoga, sendo a acupuntura/auriculoterapia a PIC mais ofertada (73,7%), seguida de meditação (36,8%) e reiki (15,8%).

O relatório de monitoramento nacional das práticas integrativas e complementares em saúde nos sistemas de informação em saúde publicado em 2020 teve como referência os dados do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) relativos aos anos de 2017, 2018 e 2019 - dados parciais em relação ao último. Segundo o relatório, em 2019 houve um aumento de 324% de procedimentos ofertados com PIC, com relação ao ano de 2017,

além disso a auriculoterapia foi o procedimento que teve maior crescimento em termos de oferta (BRASIL, 2020).

No que se refere a oferta de atividades coletivas com as PIC, a partir de 2018 as práticas mais ofertadas foram as práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), seguido de plantas medicinais/fitoterapia. Entretanto, houve um aumento na oferta de procedimentos e atividades coletivas em todas as PIC. Com relação a atendimentos individuais envolvendo as PIC, as práticas compreendidas na racionalidade em saúde da medicina tradicional chinesa são as mais ofertadas. Entre os anos de 2017 e 2019 houve uma diminuição na oferta desses atendimentos em 51% (BRASIL, 2020).

Embora haja subnotificação em relação aos procedimentos com PIC nos sistemas citados, o crescimento da oferta da racionalidade médica chinesa, tanto em atividades individuais como grupais, apoia os dados encontrados no estudo, que indica acupuntura/auriculoterapia e meditação como as práticas mais ofertadas.

Após o mapeamento das PIC ofertadas são apresentados os núcleos de sentido que emergiram a partir da análise dos dados. O primeiro núcleo de sentido, ‘profissionais, gestoras e equipe de saúde’, incide sobre as pessoas envolvidas na oferta das PIC, enquanto o segundo núcleo de sentido se refere à ‘estrutura e legitimidade das PIC’, sendo apontadas, em ambos, as facilidades e dificuldades que os permeiam.

PROFISSIONAIS, GESTORAS E EQUIPE DE SAÚDE

Focar a oferta das PIC requer um olhar que se volte também para políticas correlacionadas e interligadas, à exemplo da PNPIIC e sua identidade com as políticas nacionais de atenção básica, de humanização e de educação permanente. Assim, esse núcleo de sentido, na perspectiva das políticas de saúde possibilita analisar as implicações, as contribuições para o debate e os interesses de cada sujeito direta ou indiretamente envolvido (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Na percepção das participantes da pesquisa, profissionais, gestoras

e equipe de saúde terem conhecimento sobre PIC e formação em PIC se constituem em fatores que fortalecem e facilitam a oferta, segundo o excerto da fala: “Acredito que o que fortalece, é os outros profissionais saberem a importância e eficácia, pois assim eles encaminham e indicam as PIC aos pacientes.” Yansã/Fonoaudióloga/NASF - 1A, e pode ainda, contribuir para sua continuidade, conforme o recorte a seguir:

Aqui o que facilitou bastante foi que dois outros integrantes do NASF, a Ana e a Maria, elas fizeram o curso também. E aí acabou tirando a sobrecarga que tinha sobre uma pessoa só, né? Que eu ficava sozinho, mas agora com os três fazendo, né? Mesmo que em algum dia eu não possa ir, as duas também... elas podem dar continuidade. Isso facilitou bastante, né?

Oxossi/Fisioterapeuta/NASF - 2A

As participantes também reconhecem o apoio da gestão e o comprometimento da equipe como facilitadores da oferta, como mostram os extratos das falas: “Profissionais interessados em se qualificar e apoio da gestão.” Caapóra/Fisioterapeuta/NASF - 1B, “Compreensão da gestora (secretária de saúde) da eficácia, alguns membros da equipe comprometidos.” Obá/Terapeuta ocupacional/ NASF - 2B.

A expansão do conhecimento e formação em PIC por parte dos profissionais de saúde é importante para o enraizamento das práticas nos municípios e para aumentar a oferta e cobertura. E embora as iniciativas por parte da gestão de saúde nos níveis municipal, estadual e federal para promover a formação em PIC sejam uma estratégia promissora, ainda são incipientes, acontecem predominantemente em cidades de grande porte, e sobretudo, requerem indução federal para serem desenvolvidas pelos municípios (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Neste estudo, o apoio da gestão de saúde é citado como fator potencializador da implantação e/ou implementação das PIC nos municípios pela equipe de profissionais NASF, além da compreensão da eficácia e relevância terapêutica das práticas. Nesse sentido, o

desapoio dos gestores de saúde e desconhecimento acerca das PIC e da PNPIc pode se estabelecer como barreira para manutenção da oferta das práticas pelas equipes NASF. Na equipe de profissionais em questão, a maior parte dos municípios reconhece o apoio por parte dos gestores de saúde e contam com uma variedade de práticas ofertadas na região. Pesquisa sobre a oferta das PIC na ESF no Brasil, indica que a apropriação por parte da gestão de saúde do trabalho feito pelos profissionais e dos mecanismos da PNPIc viabiliza a implantação e implementação das PIC (BARBOSA et al., 2020).

No entanto, também foram identificadas dificuldades, dentre as quais foram apontadas falta de formação; prefeito, coordenadores; profissionais que não aderem e não conhecem e equipe que não se compromete, como se observa nos recortes: “Falta de formação dos profissionais.” Caapóra/Fisioterapeuta/NASF - 1B, “Gestão (prefeito, coordenadores) ... Profissionais que não indicam por talvez não conhecerem... Equipe não adere... não comprometida.” Obá/Terapeuta ocupacional/NASF - 2B

As dificuldades supracitadas, no que tange profissionais, gestoras e equipe de saúde, revela que são estes os atores ou sujeitos envolvidos na oferta das PIC, e a dificuldade na oferta também implica na dificuldade de implementação da política no nível municipal. Nessa direção, na ótica das políticas públicas de saúde, identificar os sujeitos possibilita também analisar conflitos e posições de cada sujeito (MATTOS; BAPTISTA, 2015), o que se faz relevante no debate para o alcance das mudanças desejadas.

A PNPIc, desde a sua criação não conta com financiamento específico, esse contexto causa desafios para a implementação da mesma em todas as esferas de governo, municipal, estadual e federal. A falta de financiamento próprio para a PNPIc acarreta em obstáculos para os gestores municipais, como a falta de profissionais capacitados e impossibilidade de formar os profissionais da rede (SOUZA; TESSER, 2017).

No campo da formação em PIC, um estudo de revisão narrativa,

indica haver uma carência em relação à capacitação dos profissionais da saúde, tanto no contexto acadêmico como no âmbito da educação permanente (SOUSA; TESSER, 2017). Além disso, o estudo mostra que ao passo que existe uma carência de profissionais formados, há vivências pessoais com as PIC por parte dos profissionais, o que pode indicar interesse na área e na formação. Reiterando o potencial do NASF na implementação das PIC, a educação permanente e o matriciamento são dispositivos fundamentais para auxiliar na formação em PIC de outros profissionais da rede (SOUSA; TESSER, 2017; HABIMORAD et al., 2020).

ESTRUTURA E LEGITIMIDADE DAS PIC

De acordo com os NASFs investigados no estudo, a estrutura e legitimidade das PIC podem ser um fator facilitador da implementação das práticas, à medida em que há uma estruturação dessas por meio de uma comissão local e políticas específicas para as PIC. Isso pode ser comprovado pelos recortes a seguir:

A única coisa que acrescento nas facilidades é a comissão (de PIC) buscando se estruturar e estruturar uma política pública aqui no município. (...) saiu um decreto no diário oficial aqui no município, acho que faz uns dois meses, ou um mês e meio mais ou menos, oficializando, vamos dizer, essa comissão das PIC aqui (...) também toda essa mediação, essa tentativa de organizar a rede, a tentativa de apoiar os profissionais, (...) é como se essa comissão tivesse representando os outros profissionais da rede que trabalham com as PIC, né?

Iemanjá/Fisioterapeuta/NASF - 1C

O município mencionado por essa profissional do NASF possui uma legislação para as PIC. A partir da política sob forma de lei há a busca pela estruturação da política. Na prática essa busca se dá por meio das ações de uma comissão municipal de PIC para o desenvol-

vimento das práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Desse modo, ter uma legislação e uma comissão específica no município são fatores que contribuem para estruturar e legitimar as PIC, e embora não sejam suficientes para garantir, são fatores facilitadores para a oferta da prática e para o processo de implementação da política. Vale enfatizar que, dos 24 municípios, somente dois têm uma comissão específica e um desses tem também uma legislação voltada para as PIC.

Com base em experiências municipais de implementação da PNPI, a literatura mostra a importância de um núcleo responsável pela condução desse processo. A definição de responsáveis e construção do núcleo específico para as PIC possibilita o diálogo de profissionais capacitados mais facilmente, pode-se dizer que se forma uma rede mais estruturada entre os profissionais que trabalham com as PIC. Além disso, esse dispositivo estimula a cogestão e se estabelece como uma espécie de representante dos interesses relacionados à oferta de tais práticas (SANTOS; TESSER, 2012).

A regulamentação das PIC surge, assim como o núcleo específico, com a necessidade de legitimação profissional e institucional das práticas. Tanto o núcleo como a legislação específica para as PIC são dispositivos fundamentais para estruturação e solidificação das PIC nos municípios e, consequentemente, garantia de continuidade do serviço para além de iniciativas individuais de profissionais (SANTOS; TESSER, 2012).

Por outro lado, dificuldades se fazem presentes, pois as PIC, enquanto prática de cuidado e também enquanto política de saúde, ainda não estão legitimadas, como evidencia este trecho:

As PIC no município não são uma política legitimada como tal. São desenvolvidas a partir de iniciativas individuais dos profissionais de saúde que se qualificaram por conta própria sem apoio da gestão. As PIC não foram apresentadas ao Conselho Municipal de Saúde e não estão em nenhum instrumento de gestão.

Xangô/Psicóloga/NASF - 1D

“Aqui nunca se cogitou em ter uma legislação específica para essas práticas. Seria interessante para fortalecer.”
Oxossi/Fisioterapeuta/NASF - 2A

A dificuldade apontada pela ausência das PIC nos instrumentos de gestão e nas pautas dos conselhos municipais de saúde corrobora a necessidade da gestão no nível municipal em assumir o compromisso político com a institucionalização dessas práticas no SUS (SANTOS et al., 2017).

Além de compreender a importância que a institucionalização de tais terapias tem para o fortalecimento da oferta, os gestores de saúde devem conceber tal processo como um reconhecimento do trabalho feito primordialmente pelos profissionais de saúde. Ademais, em contraste com os benefícios que a legislação e o núcleo específico para as PIC trazem, sua ausência promove a falta de articulação entre profissionais capacitados e de organização municipal das demandas em relação às práticas (SANTOS; TESSER, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecer profissionais, gestoras e equipe de saúde e a estrutura e legitimidade das PIC no que tange sua oferta na APS, apreendendo as facilidades e dificuldades presentes, possibilitou reafirmar as conquistas e os impasses nesse processo, os quais, paulatinamente, estão sendo sistematizados em pesquisas, e estas evidenciam e apontam avanços e desafios vigentes no cotidiano do processo de trabalho em saúde e do cuidado na APS, nos mais diversos territórios do país.

Nesta pesquisa, a falta de apoio, o desconhecimento e a ausência das PIC nos instrumentos de gestão e na pauta dos conselhos municipais de saúde se configuram em dificuldades da oferta das PIC na APS, cuja superação requer vontade política e participação popular. Por outro lado, a oferta de uma diversidade de PIC no NASF da região estudada ratifica a pluralidade terapêutica e o protagonismo

profissional, trazendo para o cotidiano dos serviços de saúde a produção de integralidade e acesso no SUS. Vale mencionar ainda, que onde há apoio da gestão, este é reconhecido pela equipe como fundamental para oferta dessas práticas na APS.

Faz-se mister assinalar que mesmo diante do desmonte do NASF ante à Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, as profissionais têm mantido a oferta das PIC garantindo sua continuidade, o que evidencia o potencial do NASF na implementação das PIC, e consequentemente do cuidado ampliado no SUS. Destaca-se então a resiliência das equipes NASF, que mesmo com a extinção do incentivo financeiro e seu não credenciamento, segue não só desenvolvendo seu trabalho junto aos profissionais da ESF e da APS, como o enriquecendo pela oferta das PIC, ressignificando o trabalho em equipe e qualificando o cuidado ofertado à população no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, F.E.S.; GUIMARÃES, M.B.L.; SANTOS, C.R.; BEZERRA, A.F.B.; TESSER, C.D., et al. **Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil**. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 4 de maio de 2006**. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 5 Maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Departamento de Saúde da Família; Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**. 2020

HABIMORAD, P.H.L.; CATARUCCI, F.M.; BRUNO, V.H.T.; SILVA, I.B.; FERNANDES, V.C.; DEMARZO, M.M.P.; SPAGNUOLO, R.S.; PARTRICIO, K.P. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Ciênc.saúde coletiva**, v. 25, n. 2, p. 395-405, 2020.

MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. Caminhos para análise das políticas de saúde. 1^a ed. Porto Alegre: **Rede Unida**. 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2010.

SANTOS, M.C; TESSER, C.D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.17, n.11, p. 3011-3024, 2012.

SOARES, R.D; PINHO, J.R.O; TONELLO, A.S. Diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão. **Saúde debate**, v. 44, n. 126, p. 749-761, 2020.

SOUSA, I.M.C; TESSER, C.D; Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n.1, 2017.

SOUSA, L.A.; BARROS, N.F.; PIGARI, J.O. et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde – uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. **Ciênc. Saúde coletiva** [Internet]. 2017.

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

TESSER, C.D.; SOUSA, I.C.; NASCIMENTO, M.C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde debate** [Internet]. 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHO Traditional Medicine Strategy. Geneva: WHO 2014–2023.

Financiamento

Pesquisa financiada pelo Programa Institucional de Bolsa

CAPÍTULO 9

TRABALHO DE ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE O CUIDAR E O ADMINISTRAR

Mariana Mendes
Leticia de Lima Trindade
Denise Elvira Pires de Pires
Elaine Cristina Novatzki Forte
Lara Vandresen
Priscila Rodrigues da Cunha

INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem contribuído substancialmente para o acesso universal à saúde no Brasil e está presente em todas as estruturas organizacionais do sistema de saúde brasileiro. Na Atenção Primária à Saúde (APS), a enfermagem compõe a equipe mínima de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada com uma porta de entrada privilegiada para o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual prevê o acesso universal e gratuito para todos os cidadãos e é responsável pelo atendimento de 75% da população brasileira (SILVA; MACHADO, 2020).

O trabalho de enfermagem no Brasil é desenvolvido pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, e em termos genéricos, o fazer profissional envolve quatro dimensões: a dimensão do cuidado aos indivíduos ou grupos desde a concepção até a morte; a dimensão educativa que inclui a educação em saúde que também se expressa nas ações de cuidado, na educação permanente no trabalho e na formação de novos profissionais; a dimensão administrativo-gerencial de coordenação do trabalho coletivo da enfermagem, de administração do es-

paço assistencial, de participação no gerenciamento da assistência de saúde e no gerenciamento institucional; e por fim, a dimensão investigativa que contemplam as pesquisas e a produção do conhecimento (PIRES, 2009; BERTONCINI; PIRES; RAMOS, 2011).

Na dimensão do cuidado, os enfermeiros realizam atividades tanto no âmbito individual, como durante as consultas de enfermagem e na realização de procedimentos terapêuticos diversos, como no âmbito coletivo, a exemplo dos atendimentos aos grupos de gestantes e hipertensos, e consultas familiares. Na dimensão cuidar também se expressam múltiplas formas de educação em saúde pela intrínseca relação entre ambas e pelas características do próprio trabalho da enfermagem que envolve um encontro entre seres humanos, ultrapassando a esfera de uma execução técnica (LEOPARDI; GELCKE; RAMOS, 2001; PIRES, 2009).

Na dimensão administrar, os enfermeiros assumem demandas administrativas e gerenciais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, por vezes, da equipe de saúde da família (eSF), acumulando responsabilidades que incluem o processo de trabalho de outros profissionais que compõe a equipe de saúde (BRAGHETTO et al., 2019).

Ao realizar atividades concernentes à dimensão do cuidado e administrativas simultaneamente, os enfermeiros experimentam exaustão e sentimentos de incapacidade ao perceberem que os esforços ainda não superam as demandas, o que acaba gerando um aumento das cargas de trabalho psíquicas e potencializando o desgaste e adoecimento destes profissionais (MENDES et al., 2021; MENDES et al., 2020). Neste contexto, destaca-se que os enfermeiros acabam trabalhando no seu dia a dia com limitações estruturais e gerenciais importantes que interferem no modo como executam o cuidado e gerenciam o trabalho da equipe.

Há uma preocupação com a oferta do cuidado humanizado e centrado no paciente, contudo, são muitos os desafios no cotidiano do fazer profissional dos enfermeiros e suas equipes, como: população na área adstrita além do prescrito nas normativas legais, estruturas físicas inadequadas que não comportam o número de usuários e profissionais,

falta de materiais/insumos necessários a realização do trabalho e déficit de profissionais para atender às necessidades de saúde da população adstrita (BIFF et al., 2020; MENDES et al., 2021).

Estes desafios se tornaram ainda mais evidentes durante o enfrentamento de crises sanitárias, como a da pandemia pelo Coronavírus Disease descoberto em 2019 (Covid-19), declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020. Nestes cenários, ainda mais desgastantes, os enfermeiros continuam a realizar seu trabalho na linha de frente dos cuidados à saúde e vivenciam dificuldades que podem causar danos à sua saúde, impactando negativamente na qualidade da assistência prestada.

A força de trabalho é considerada a pedra angular para sistemas de saúde, que estão fortalecidos e comprometidos com o acesso universal e oferta do cuidado integral às populações, o que reforça a preocupação com condições de trabalho dignas e com a valorização do trabalhador em saúde e enfermagem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2021).

Na teorização acerca do trabalho humano, Marx (1989), já destacava a centralidade de quem o executa, assim como dos modos de fazer e do contexto histórico-social em que ocorre. Nesta perspectiva, cada vez mais se destaca a necessidade de investir em ambientes saudáveis e favoráveis ao trabalho, de modo que permitam ao trabalhador de enfermagem alcançar seu melhor potencial durante a execução do seu trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

O processo de trabalho da enfermagem é amplamente reconhecido por envolver o cuidado aos indivíduos, sendo que as atividades de cunho administrativo-gerencial têm sido consideradas indispensáveis para a realização do cuidado com as pessoas (BERTONCINI; PIRES; RAMOS, 2011). Nessa perspectiva, o presente estudo focou, intencionalmente, nas duas dimensões referidas do trabalho da enfermagem, sem que esta escolha represente um juízo de valor ou negligência da importância da dimensão educar. Assim, este capítulo tem o objetivo de caracterizar as dimensões de cuidar e gerenciar/

administrar no processo de trabalho dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Este capítulo é recorte de uma pesquisa de mestrado intitulada “Processo de trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família e as cargas de trabalho no Brasil”, vinculada a um macroprojeto conduzido por pesquisadores de universidades brasileiras, no período de 2012 a 2019.

Estudo com abordagem qualitativa, tecido a partir da teorização do Processo de Trabalho (MARX, 2019) e da compreensão das dimensões do trabalho da enfermagem (PIRES; 2009; BERTONCINI; PIRES; RAMOS, 2011).

O cenário de pesquisa foi selecionado intencionalmente e composto por sete municípios distribuídos nas cinco regiões do país (Araguá e Florianópolis, Sul; Brasília, Centro-Oeste; Rio de Janeiro - capital, Sudeste; Manaus e Nova Olinda, Norte; e Natal, Nordeste), incluindo 20 UBS que atuavam exclusivamente com o modelo assistencial da ESF. Participaram 45 enfermeiros que atuavam na ESF há pelo menos um ano. E excluídos os enfermeiros ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas na íntegra. Para análise utilizou-se os recursos do software ATLAS.ti 8.0, seguindo as etapas da Análise Temática (BARDIN, 2018), a partir das articulações com o referencial teórico (MARX, 2019; PIRES, 2009; BERTONCINI; PIRES; RAMOS, 2011).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (Parecer n. 366.844/2010 e emenda Parecer n. 1.933.348/2017). Os enfermeiros participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram identificados com a letra E; seguido pela região de atuação (S-Sul; CO-Centro-Oeste; N-Norte; SE-Sudeste; NE-Nordeste); e o número sequencial (por exemplo: EN1, ECO2, ENE3...).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos participantes eram mulheres (n=41), com idade entre 20 a 40 anos (n=26) e tempo de experiência profissional superior a cinco anos (n=37). Em relação ao tempo de experiência de trabalho com o modelo assistencial da ESF, a maioria também possuía acima de cinco anos (n=27). No que se refere ao tipo de contratação, eram majoritariamente concursados (n=29) e atuavam exclusivamente na ESF (n=31). A jornada de trabalho semanal predominou às 40 horas (n=26).

Nas **práticas gerenciais** realizadas pelos enfermeiros na ESF predominaram a supervisão do trabalho de técnicos, auxiliares e agentes comunitários de saúde (ACS), coordenação de programas prescritos pelo Ministério da Saúde e/ou Estados e municípios, realização de reuniões de equipe, gestão de conflitos, definição de agendas, organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem e, por vezes, de outros profissionais.

Todos os relatórios, o agente comunitário, a supervisão do técnico, não é só a assistência ao usuário. Por trás disso tem 'N' situações que ficam muito na referência do enfermeiro. [...] todo o funcionamento burocrático da equipe acaba ficando na mão do enfermeiro. Desde o gerenciamento dos relatórios, as pautas de reunião diária. Então eu acho que é uma outra situação que sobrecarrega. (ES6)

O enfermeiro trabalha muito as duas coisas porque a gente como gerência tem de organizar o trabalho tanto na parte da assistência e cuidar das pessoas, da equipe e eu acho bem cansativo, lidar com conflitos de funcionários, tudo cai para o enfermeiro e sempre a enfermeira vai ter de resolver. Aconteceu alguma coisa na secretaria para quem eles ligam? Para o enfermeiro, mesmo que o problema não seja diretamente ligado à enfermagem, se o problema for com o médico eles ligam para nós para que a gente fale com o médico. (ES10)

A dimensão gerenciar/administrar das enfermeiras/os na ESF ultrapassou a gerência da equipe de enfermagem. Estas acabam desenvolvendo atividades de gerência das eSF, enquanto realizam atividades assistenciais, o que aumenta a sobrecarga de trabalho em virtude da realização de diversas atividades ao mesmo tempo. A sobreposição de funções assistenciais e gerenciais é referida como geradora de exaustão devido ao dispêndio enorme de energia para realizar todas as atividades concernentes ao trabalho, o que causa insatisfação ao profissional devido à constante sensação de “não dar conta”.

Tenho todo um trabalho administrativo para fazer e mais a parte assistencial, isso eu acho que pesa sim, o administrativo eu posso me organizar para fazer, mas muitas vezes, tem coisas que saem da minha organização. E o assistencial está marcado e eu não tenho como não atender, não posso dizer que não atendo porque preciso fazer um relatório. Vou ter que atender e vou ter que fazer o relatório. (ECO1)

A minha autoavaliação é que eu não dou conta. Eu não dou conta de fazer o atendimento, preencher o meu e-SUS, digitar o meu e-SUS, dar conta das demandas que o enfermeiro tem de responder ao distrito, de fazer a planilha das ações educativas, então existe uma tristeza, por não dar conta do tanto de coisas que há para a gente dar conta, no tempo que a gente tem que dar conta. (ENE7)

O enfermeiro pode ser considerado o ponto estruturante do processo de trabalho da ESF, sendo o profissional de referência para atuar frente aos problemas gerenciais relacionados à equipe de enfermagem e da eSF e no gerenciamento da unidade. As atividades gerenciais ocupam boa parte do tempo de trabalho dos enfermeiros, pois muitos deles desenvolvem-nas simultaneamente às práticas assistenciais.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), reeditada em 2017, criou o cargo de gerente e reconhece a necessidade de um profissional que não componha a equipe mínima para gerenciar as UBS. O gerente deve cumprir carga horária de 40 horas semanais, gerenciar as eSF e insumos, acompanhar e analisar indicadores, dentre outras atividades (BRASIL, 2017). Essa definição da função gerencial na PNAB vem ao encontro de reivindicação dos enfermeiros que, majoritariamente, assumem essa dupla função e vêm explicitando críticas à realidade vivida, a qual tem dificultado a realização das ações de cuidado.

As práticas realizadas por enfermeiros na dimensão administrativo-gerencial têm potencial para alterar processos biopsíquicos do trabalhador, acarretando estresse e ansiedade nestes profissionais que experimentam cefaleia, taquicardia, insônia e irritabilidade (MENDES et al., 2021). Além disso, o acúmulo das atividades assistenciais/gerencias no âmbito do processo de trabalho da enfermagem com a coordenação e/ou gerenciamento das UBS transformam as práticas dos enfermeiros, tendo em vista que o tempo destinado à assistência passa a ter que comportar as atividades que deveriam ser desenvolvidas por outros profissionais.

Estudo evidencia que a sobreposição das atividades de assistir e gerenciar são considerados enormes desafios para os enfermeiros, interferindo no exercício da liderança e na qualidade das práticas desenvolvidas no contexto da ESF (OLIVEIRA et al., 2020).

Dentre as **práticas de cuidado**, destacou-se na pesquisa, que os enfermeiros realizam a consulta de enfermagem, especialmente, para puericultura e ginecologia, coleta de exames e vacinas. Realizam também, os atendimentos dos usuários em grupos prioritários, como hipertensos, diabéticos, tabagistas e gestantes e as visitas domiciliares a pacientes que possuem dificuldade de ir à unidade.

E a gente trabalha muito com grupos, então toda a nossa linha de cuidado tem grupo. A gente tem um grupo da gestante, (...) de crianças, (...) dos hipertensos e

diabéticos, fora destes grupos a gente também tem um grupo de tabagismo, que é superinteressante. (ESE9)

Cada dia é uma rotina diferente, porque, eu vou te dar um exemplo, eu chego na segunda-feira, eu sei que naquele dia, eu participo apenas das demandas de consulta de enfermagem na equipe. Na terça, a minha demanda já é diferenciada, que é um dia da coleta de preventivo, são as consultas ginecológicas. Quarta eu trabalho na coleta de sangue. (ESE8)

Nós fazemos visitas, eles nos conhecem, eles pedem para a gente entrar (...) em época de campanha de vacinação, tem algumas vacinas inclusive que nós vamos nas casas quando a pessoa é muito idoso, não tem como se deslocar. O pessoal de saúde mental (...) que não tem como se deslocar e se é público-alvo da campanha de vacinação, nós vamos até o domicílio também. (EN6)

As práticas de cuidado se constituem em um desafio para os enfermeiros, face as condições de trabalho vivenciadas, em especial, às relacionadas ao ambiente e instrumentos de trabalho. Déficits nestas condições influenciam a efetividade do cuidado e geram aumento das cargas de trabalho dos enfermeiros.

Como negativo quero destacar a falta de uma infraestrutura adequada, de material suficiente, de medicação suficiente. Isso é minha responsabilidade prover a equipe, mas não depende exclusivamente de mim, a secretaria não me fornece todas essas coisas. (ECO2)

A gente não tem uma janela ali, ou seja, a gente atende tuberculose, atende criança, atende à demanda da comunidade dentro de uma sala de quatro por quatro sem um ar e sem uma janela, isso há cinco meses. É falta de água, é falta de energia, então a qualidade de trabalho desmotiva demais. (ESE3)

A nossa equipe está incompleta, falta uma ACD (Auxiliar de Consultório Odontológico) que está de licença-maternidade, faltam dois técnicos e se a gente fosse repor os agentes, faltariam sete agentes. (ES2)

Diante das dificuldades, os enfermeiros experimentam sentimentos de incapacidade e frustração ao perceberem que o cuidado ao usuário é prejudicado pela ausência de condições básicas necessárias à execução do seu trabalho. Vivenciar situações exaustivas e desgastantes ao longo do tempo produz um efeito devastador na confiança do enfermeiro sobre o seu trabalho, acarretando adoecimentos e distúrbios biopsíquicos nos trabalhadores.

Para os enfermeiros participantes desta pesquisa, a ausência ou escassez de recursos materiais, estruturais e de pessoal interfere na assistência e compromete a longitudinalidade do cuidado, a resolutividade e o vínculo com o usuário, aspectos centrais preconizados pela PNAB.

A dimensão cuidar é central na profissão de enfermagem e se destaca na identidade dos enfermeiros (LEOPARDI; GELCKE; RAMOS, 2001; PIRES, 2009; RIOS; NASCIMENTO, 2018). No entanto, quando as condições estruturais se apresentam como limitantes para o seu pleno exercício o resultado é insatisfação e aumento das cargas de trabalho. O trabalho cotidiano apresenta-se como um desafio para os enfermeiros, os quais precisam adequar suas práticas ao número reduzido de trabalhadores, ao excesso de demanda, à falta de materiais e equipamentos e à complexidade das demandas dos usuários, que nem sempre podem ser resolvidas no âmbito da APS (BIFF et al., 2020; MENDES et al., 2021).

Após 2017, está previsto na PNAB, o cargo de gestor da ESF, o qual deve ser exercido por um profissional que não esteja vinculado à assistência, o que sugere a realização de estudos com vistas a verificação da efetivação da referida normativa e impactos no trabalho do enfermeiro neste importante âmbito da atenção à saúde. O acúmulo de funções dificulta a execução de uma assistência centrada no paciente e que permita ao profissional refletir sobre suas práticas e obtenha tempo para melhorar a prática clínica.

Os enfermeiros, enquanto profissionais de formação acadêmica generalista, e que atuam no cuidado à saúde humana, têm suas práticas permeadas por tensões entre o ideal e a realidade dos serviços de saúde, contribuindo para que surjam muitas dificuldades ao delinear seu campo de atuação (RIOS; NASCIMENTO, 2018). O acúmulo expressivo de atribuições dificulta a produção do cuidado e os aspectos inerentes à consolidação do SUS, haja vista que práticas produtivistas podem inviabilizar a reflexão sobre suas ações no cotidiano e, nesse sentido, os princípios que norteiam o trabalho na APS, universalidade, equidade e integralidade ficam comprometidos.

A melhoria das condições de trabalho e reorganização do processo de trabalho em saúde são imprescindíveis para realização de um trabalho digno, e emergentes para a enfermagem (SILVA; MACHADO, 2020). Devendo assim, ser alvo de constantes esforços para tornar visível o potencial da categoria que representa o maior quantitativo da força de trabalho em saúde no mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF se aproxima dos preceitos da APS, constituindo-se em uma política pública fundamental para o acesso universal à saúde. Os enfermeiros são fundamentais neste cenário, entre o cuidar e gerenciar atendem carências do âmbito da saúde de indivíduos e coletividades, gerenciam o espaço assistencial e a força de trabalho, além de atuarem no âmbito da educação em saúde e na produção de conhecimentos. Atuam apoiando e gerenciando a equipe de enfermagem e, muitas vezes, a equipe multidisciplinar, ações altamente relevantes para a execução e qualificação da assistência em saúde.

A ausência de um profissional que atue exclusivamente no apoio administrativo e na gestão das eSF torna o trabalho dos enfermeiros desafiador e desgastante, em especial, devido ao enfermeiro absorver as demandas administrativas e burocráticas que envolvem o processo de trabalho. Essa forma de organização acaba reduzindo o tempo de dedicação ao cuidar e educar, com potencial detimento do administrar/gerenciar.

O enfermeiro ocupa espaço de destaque no que diz respeito ao fortalecimento da APS e possui potencial para assumir cargos de gestor ou gerente de saúde, pelo conhecimento de todo o funcionamento da unidade, capacidade gerencial e visão integral, constituindo processos de trabalho mais resolutivos, implicados com a qualidade da assistência e o cuidado centrado no usuário.

Sendo, o processo de trabalho em saúde majoritariamente coletivo, apenas uma categoria profissional ou um trabalhador que atua na perspectiva individualizada não consegue lidar com a complexidade das demandas dos usuários, tornando necessário compartilhar os ambientes de prática e as decisões no âmbito do trabalho coletivo, no qual a enfermagem assume grande relevância pelas dimensões em que atua, desenvolve e amplia suas práticas e corpus do conhecimento.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições 70, 2016.

BERTONCINI, J.H.; PIRES, D.E.P.; RAMOS, F.R.S. Dimensões do trabalho da enfermagem em múltiplos cenários institucionais. **Tempus (Brasilia)**, v. 5, n. 1, p. 123-133, 2011. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/922>. Acesso em: 17 ago. 2021.

BIFF, D. et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 25, n. 1, p. 147-158, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019>. Acesso em: 17 ago. 2021.

BRAGHETTO, G.T. et al. Dificuldades e facilidades do enfermeiro da Saúde da Família no processo de trabalho. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 420-426, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900040100>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>. Acesso em: 17 ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em números**. Brasília: COFEN, 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 13 set. 2021.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Protecting nurses from COVID-19 a top priority:** a survey of ICN's national nursing associations. Genève: ICN, 2020. Disponível em: https://www.icn.ch/system/files/2021-07/Analysis_COVID-19%20survey%20feedback_14.09.2020.pdf. Acesso em: 13 mai. 2021.

LEOPARDI, M.T.; GELCKE, F.L.; RAMOS, F.R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

MARX, K. **O Capital:** crítica da economia política. Livro 1. 30. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

MENDES, M. et al. Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 54, e03622, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100468&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 ago. 2021.

MENDES, M. et al. Nursing practices in the family health strategy in Brazil: interfaces with illness. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 42, n. spe, e20200117, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200117>. Acesso em: 17 ago. 2021.

OLIVEIRA, C. et al. Leadership in the perspective of Family Health Strategy nurses. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 41, e20190106, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190106>. Acesso em: 17 ago. 2021.

RIOS, M.O.; NASCIMENTO, M.A.A. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: (des)articulação das relações entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 5, p. 428-435, 2018. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1078/4123>. Acesso em: 22 set. 2021.

SILVA, M.C.N.; MACHADO, M.H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 25, n. 1, p. 07-13, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>. Acesso em: 17 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on human resources for health:** workforce 2030. Genebra: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>

CAPÍTULO 10

ASPECTOS RELEVANTES DA GESTÃO PARA UM CUIDADO QUALIFICADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Jamine Bernieri
Leila Zanatta

INTRODUÇÃO

O cuidado adequado em saúde mental é um tema que vem sendo discutido no Brasil desde o início da Reforma Psiquiátrica. A priorização por uma assistência integral com enfoque não apenas nos indivíduos em sofrimento mental, mas também, às suas famílias, associada ao aumento dos transtornos mentais na população, tem implicado em um aumento dessa demanda na Atenção Primária à Saúde (APS) (BARROS et al., 2019).

De acordo com Medeiros (2019), nem sempre o sofrimento mental se enquadra nas patologias descritas no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) e/ou na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas (CID). Para o autor, o sofrimento mental pode ser caracterizado por sintomas ou queixas psicossomáticas, sendo tais sintomas elencados por algumas categorias da literatura especializada, como diagnóstico de Transtornos Mentais Comuns (TMC) (MEDEIROS, 2019).

Silva et al., (2017, p. 406) salientam que “o sofrimento mental também compreende as condições crônicas do transtorno mental, tais como a esquizofrenia, a depressão e outras patologias nosologi-

camente descritas”. Diante desse cenário, profissionais e gestores têm encontrado desafios para assegurar um cuidado de qualidade a essas pessoas. Atualmente, o que se observa na maioria das Unidades Básicas de Saúde (UBS), é um cuidado fragmentado, curativista e com enfoque medicamentoso às demandas de saúde mental, ocasionando uma assistência pouco resolutiva (NASCIMENTO et al., 2017).

O enfermeiro, como membro da Estratégia Saúde da Família (ESF), pode contribuir na assistência em saúde mental na APS, atuando tanto na prevenção dos transtornos mentais, como na promoção da saúde da população, de forma integralizada, holística e humanizada (NASCIMENTO et al., 2017).

Frente ao exposto, justifica-se a importância de uma investigação, para compreender o processo saúde-sofrimento mental e sua assistência na APS. Nesse contexto, este trabalho apresenta a percepção dos profissionais atuantes na APS, a respeito do cuidado prestado aos usuários em sofrimento mental e de que forma a gestão pode contribuir para qualificar essa assistência.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória de abordagem qualitativa, realizada em cinco etapas, que faz parte de um macroprojeto de pesquisa-ação, sendo aqui descritas a segunda e a terceira etapas dessa modalidade de pesquisa, a qual foi embasada na proposta de Thiollent (2011).

As etapas da pesquisa-ação desenvolvidas neste estudo contemplam: o campo de observação e representatividade qualitativa – realizada pela identificação das potencialidades e fragilidades apontadas pela equipe multiprofissional em seu cotidiano de trabalho, para atender aos usuários em sofrimento mental; e a coleta de dados – que se deu a partir das entrevistas individuais realizadas com os participantes do estudo.

Esta pesquisa envolveu a participação de oito profissionais da equipe multiprofissional de uma UBS, pertencente a um município de pequeno porte do sul do Brasil. Adotou-se como critérios de in-

clusão para participação na pesquisa: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem ou psicólogos da APS, por serem profissionais que prestam cuidados direto aos usuários em sofrimento mental na APS; com idade igual ou superior que 18 anos; e estar atuando, no mínimo há seis meses, na APS. Como critérios de exclusão teve-se: estar afastado de suas atividades laborais por motivo de doença ou ser demitido de suas funções.

A produção e o registro das informações ocorreu no mês de novembro de 2020, após agendamento prévio com os profissionais, mediante o uso da técnica de entrevista individual presencial, guiada por um roteiro semiestruturado. Todas as entrevistas foram audio-gravadas e depois, transcritas. Participaram da pesquisa três médicos, duas enfermeiras, uma psicóloga e dois técnicos de enfermagem.

Os dados quantitativos relativos à caracterização dos participantes estão descritos em números absolutos e porcentagens. Já os dados obtidos a partir da última parte do roteiro de entrevista foram analisados seguindo-se a proposta de análise de conteúdo, que conta com três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

A pesquisa atendeu à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas realizadas em seres humanos, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina e aprovada sob o parecer nº 4.407.279/2020. Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados pelas iniciais M (médico), E (enfermeira), T (técnico em enfermagem) e P (Psicóloga), acompanhada de numeração, como por exemplo: M1, T2, E3..., respectivamente. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos participantes era do sexo feminino (7; 87,5%), com média de idade de 39 anos e média de tempo de atuação profissional

de 10,5 anos. A partir da análise dos dados, emergiram três grandes categorias: conhecimento sobre saúde mental; preparo/despreparo dos profissionais para atuarem no cuidado em saúde mental; e cotidiano da prática do cuidado aos usuários em sofrimento mental na APS.

CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE MENTAL

Nessa categoria são apresentados os relatos sobre o conhecimento dos profissionais, acerca de alguns conceitos envolvidos na temática saúde mental.

A saúde mental nós entendemos que é uma questão de bem estar do indivíduo, que ele tem que estar bem em todas as áreas para ele ter a saúde mental em dia, ele tem que saber lidar com suas individualidades, suas dificuldades, tem que achar uma maneira de conseguir aceitar tanto quando ele acerta, quando ele erra (P1).

Compreende-se que a saúde mental vai além do enfoque exclusivo às doenças, mas diz respeito a toda complexidade e singularidade, presentes nas diversas esferas que compõem o ser humano, correspondendo ainda, a um estado em que o indivíduo consegue manter-se em harmonia consigo e nas relações sociais que estabelece, apesar das adversidades cotidianas (BRASIL, 2013; OMS, 2002).

O sofrimento mental foi caracterizado pelos participantes, como um evento universal, multifatorial, individual, prejudicial à vida de quem sofre, ocasionando diversos sintomas físicos e mentais nos indivíduos, geralmente caracterizados por processos somatoformes.

O sofrimento mental para mim, é a somatização de problemas, de sensações, de angústia, tristeza, mal-estar, essa somatização aí que causaria o sofrimento, diferente de uma doença específica (M2).

Pode-se entender o sofrimento mental como sendo resultado da interação entre o impacto emocional de determinado fato, a condição

social do indivíduo, seu temperamento, história de vida, bem como, sua rede de apoio, contemplando também, os sintomas e aspectos envolvidos pela presença dos Transtornos Mentais (TMs) (PAIVA, 2015; SILVA et al., 2017).

Já os TMs, podem ser conceituados como condições clínicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do seu funcionamento, estes transtornos são definidos pela CID (OMS, 2002).

A doença mental seria o transtorno já, seria a doença propriamente diagnosticada, o transtorno de ansiedade generalizada, a depressão leve, moderada, grave, esquizofrenia né, todos os outros quadros que se encaixaria no CID (M3).

PREPARO DOS PROFISSIONAIS PARA ATUAREM NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Evidenciou-se que a maioria dos profissionais se sente despreparada emocionalmente, ou com pouco/nenhum embasamento teórico para atender e dar sustentação às ações que os usuários em sofrimento mental requerem no âmbito da APS, conforme se exemplifica no depoimento:

Acho que não estou preparada, eu sou muito emotiva, daí se eu atender uma pessoa dessa, eu não posso ficar emocionada, penso eu (T2).

Os sentimentos de insegurança ou dúvida sobre como agir frente a determinadas situações em saúde mental é comum à prática da saúde (BRASIL, 2013), afirmação esta que vai ao encontro do depoimento do participante:

Não, em 21 anos da minha experiência nunca trabalhei com saúde mental, então conhecimento pouco, experiência nenhuma, não me sinto preparada (E2).

A saúde mental não pode ser compreendida de modo dissociado da saúde geral, dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde saibam reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos usuários que chegam aos serviços de saúde, especialmente na APS (BRASIL, 2013).

Identificou-se que alguns entrevistados sentem dificuldades em atender as demandas de saúde mental no serviço, atribuindo tal situação a um déficit de conhecimento.

Eu acredito que a gente deveria melhorar, eu deveria melhorar essa parte, o meu conhecimento sobre esse assunto, porque tem muitos pacientes que eu acabo não me sentindo tão bem em atender, em resolver os problemas deles. Acredito que isso seja por falta de capacitação sobre o assunto, então, principalmente, para identificar o paciente com problema de saúde mental a gente deveria ter um conhecimento melhor (M2).

Os processos de Educação Permanente em Serviço voltados à saúde mental, quando executados de modo adequado, estruturado, planejado e de acordo com o contexto do serviço, podem propiciar mudanças significativas na assistência prestada (RIOS; CARVALHO, 2021).

COTIDIANO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS EM SOFRIMENTO MENTAL NA APS

Os profissionais mencionaram que, frequentemente, o primeiro atendimento aos usuários na UBS é realizado pela equipe de enfermagem, a qual, se necessário, direciona a pessoa para os demais membros da equipe de saúde.

Primeiro ela passa pela enfermagem, daí a enfermeira vê se ela encaminha para o psicólogo, ou para o médico, ou às vezes encaminha para os dois (T2).

A enfermagem possui papel fundamental no atendimento às demandas de saúde mental na APS, pois frequentemente, é o primeiro contato das pessoas com o serviço de saúde. Esse fato torna tais profissionais responsáveis por tomar decisões e desencadear todo um processo de mobilização de recursos para a solução do problema apresentado pelo usuário (SILVA et al., 2015).

Identificou-se que o atual manejo das demandas de saúde mental ocorre, prevalentemente, de modo curativo, focado no antigo modelo biologicista, com predomínio da medicalização e hospitalização, tendo-se a psicoterapia e o acolhimento pela enfermagem como únicas estratégias de cuidado que fogem deste modelo.

O acompanhamento, atualmente, no nosso município, é feito pela psicóloga, quando eles retornam da internação, e com o neurologista [...] basicamente, medicamentoso e acompanhamento psicológico, com o psiquiatra, com a psicóloga (E1).

Nessa perspectiva, destaca-se que para alguns profissionais o manejo dos usuários em sofrimento mental não está sendo resolutivo, tal fato foi atribuído ao retorno constante das pessoas ao serviço com as mesmas queixas e, também, pelo elevado quantitativo de indivíduos consumindo psicotrópicos.

Volta muito paciente com as mesmas queixas, como a gente está na triagem, a gente consegue perceber isso [...] acho que 1% que a gente consegue tratar (E2).

Eu acredito que, pelo número de usuários que a gente tem de psicotrópicos, é muito grande, eu acredito que não esteja sendo tão resolutivo assim (M2).

Dentre as potencialidades citadas no manejo aos usuários em sofrimento mental estão: o fácil acesso ao serviço; o trabalho em equipe; os atendimentos com a psicóloga; as hospitalizações; e os acompanhamentos com especialistas.

Eu acredito que seria a facilidade de conseguir encaminhar esses pacientes para avaliação psiquiátrica, porque a gente tem dois psiquiatras bons, que tu consegue referenciar, então isso é uma coisa boa (M3).

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) também foram apontadas pelos profissionais como estratégias de cuidado positivas que eram realizadas na UBS aos usuários em sofrimento mental. Porém, essas atividades foram suspensas pela gestão, que justificou tal fato, devido às medidas de prevenção impostas em decorrência da pandemia pelo novo Coronavírus.

Tinha a questão dos grupos, que agora não tem mais por causa da pandemia. A auriculoterapia, as PICS que ajudava bastante o pessoal, outras técnicas, que agora não estão sendo feitas por causa da pandemia (T1).

As fragilidades apontadas no manejo das demandas em saúde mental foram: a não realização de busca ativa, a ausência da longitudinalidade do cuidado, a elevada medicalização e as condições inadequadas de trabalho. O depoimento a seguir apresenta tais fragilidades e, ainda, evidencia uma possível falta de preparo dos profissionais para identificar a natureza e gravidade do sofrimento psíquico durante a abordagem ao usuário.

Muitos pacientes não chegam até nós, então a gente teria que fazer mais uma busca ativa [...] a maioria dos casos de suicídio que aconteceu aqui no município, eles não tinham vindo até a Unidade de Saúde, nem um caso, pelo menos desde que eu estou aqui. Um caso que aconteceu, que a gente tentou fazer de tudo, tentou encaminhar, internar, mas já veio muito agravado, a gente não conseguiu reverter, mas os outros casos, nenhum tinha comparecido até a Unidade de Saúde, e se vieram consultar, nunca trouxeram queixas relacionadas a essa questão (P).

A medicalização das pessoas em sofrimento mental, também,

foi citada como aspecto negativo para a melhor evolução clínica do usuário, conforme observa-se no relato:

É uma coisa bem complexa tá, eu levo um pouco mais de quatro anos trabalhando em atenção primária de saúde no posto, e eu acho que se poderia fazer muito mais, porque nem todos os pacientes que tomam medicação para algum transtorno mental precisa da medicação [...] é muita gente, de dez pacientes que eu faço receita na consulta, cinco são de pacientes que usam medicamentos antidepressivos (M1).

Entende-se que o cuidado em saúde mental deve sair do escopo medicamentoso, para contemplar os aspectos subjetivos da pessoa, incluindo-a como protagonista do tratamento, envolvendo ainda, sua família e, eventualmente, a comunidade no cuidado (GUERRA et al., 2013).

A falta de condições adequadas de trabalho, relacionadas principalmente ao número insuficiente de profissionais para atenderem as demandas do serviço, também foram indicadas como aspectos negativos do manejo, conforme observa-se no relato:

[...] muitas vezes, a gente está sobrecarregada, a gente não dá conta de todos os pacientes, dá uma atenção maior pra esses pacientes com depressão, com ansiedade, com nervosismo, que eles precisam dessa atenção maior (E1).

O apoio gerencial e a existência de profissionais em número suficiente são necessários e essenciais para possibilitar uma assistência que facilite o acolhimento (YAMAGUTI, 2019). Diante desse contexto, pode-se afirmar que os gestores da APS são responsáveis pela qualidade do atendimento que é ofertado aos usuários em sofrimento mental, tanto quanto aos profissionais de saúde.

As sugestões citadas pelos participantes para qualificar a assistência aos usuários em sofrimento mental na APS foram: a criação de grupos; utilização das PICS; o acompanhamento longitudinal; a reorganização dos fluxos de atendimentos; e o fortalecimento do trabalho em equipe.

Teria que ter esses negócios alternativos, formar um grupo, uma oficina, aqui não tem isso (T2).

O acompanhamento poderia ser diferente, por exemplo: hoje chegou para consultar uma moça se queixando que está triste, que não consegue tomar banho, que não consegue comer bem, que tem dificuldade para estudar. Falamos da educação para a saúde e prescrevo uma medicação, mas a senhora não volta, porque se sentiu bem, e eu não fui atrás da senhora para saber como ela está, e pode ser que a senhora está em uma condição pior, que não conseguiu vir mais, e eu nunca soube. Então eu acho que isso seria muito importante, esse acompanhamento até o final [...] (M1).

A reorganização dos fluxos de atendimento na UBS, bem como a realização de melhores avaliações dos usuários, também emergiram nos discursos como sugestões para melhorar o manejo, sendo percebidas ainda, como aspectos que podem possibilitar que os psicotrópicos não sejam, a única ou primeira opção de tratamento utilizada.

No âmbito da APS, o atributo coordenação do cuidado envolve iniciativas de integração entre serviços e profissionais de saúde, com utilização de mecanismos e instrumentos específicos para o planejamento da assistência; definição de fluxos de comunicação e encaminhamentos; troca de informações e orientações; monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde do território, entre outras. Isso facilita a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos (ALELUIA et al., 2017; PENM et al., 2017).

Em muitos casos já é colocado medicamento antes de ser feito outros tipos de tratamento, então a gente poderia tentar fazer outra coisa, ou até uma questão natural para depois passar para psicotrópicos [...] (P1).

A atuação adequada, bem como o envolvimento dos diversos profissionais que compõem a equipe, também foram pontuadas

como estratégia, para qualificar a assistência em saúde mental, conforme observa-se no relato:

O trabalho poderia ser muito bom, se o pessoal da saúde, não só o médico, todos, enfermeira, equipe de saúde fizer um trabalho bem feito, levando o paciente trabalhar com a psicóloga, com a fisioterapeuta, com uma série de pessoas (M3).

Entende-se que somente a partir do momento em que gestores priorizarem o desenvolvimento de processos de EPS voltado aos profissionais que atuam na APS sobre a assistência em saúde mental, haverá de fato, um cuidado pautado nas necessidades dos usuários em sofrimento mental, e a superação do antigo modelo psiquiátrico (BARROS et al., 2019).

Desses achados e de sua convergência com o ideário da saúde integral vem uma das contribuições desta pesquisa: a necessidade de estímulo e de apoio institucional para que os profissionais sejam preparados para gerar propostas e ações de promoção da saúde, incluindo uma terapêutica e prevenção alternativa que proteja os usuários de possíveis danos à sua saúde integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo reforça a ideia de que os profissionais possuem algum conhecimento sobre o manejo de usuários e sua saúde mental, porém, sentem-se despreparados para atender e dar sustentação às ações nesta área na APS. Ficou claro que a equipe de enfermagem é o primeiro contato dos usuários com o serviço, exercendo importante papel na assistência a essa demanda. Identificou-se que, atualmente, o cuidado em saúde mental na APS, ocorre predominantemente de modo curativo, com enfoque em tratamentos farmacológicos.

A equipe multiprofissional demonstrou estar ciente das fragilidades no tratamento oferecido a essa clientela e citou algumas estratégias que poderiam melhorar a assistência. Cabe salientar, que di-

versas fragilidades pontuadas dependem direta ou indiretamente do gestor para serem solucionadas. Diante desse contexto, fica evidente a importância do gestor dos serviços de saúde, para a qualidade da assistência aos usuários em sofrimento mental.

Espera-se, com esta pesquisa, contribuir para o avanço do conhecimento científico sobre a temática, além de promover uma sensibilização de profissionais de saúde e gestores, para uma modificação na assistência em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, I. R. S. *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do norte-nordeste brasileiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 1845-1856, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1845.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edição 70, 2011.

BARROS, S. *et al.* Saúde Mental na Atenção Primária: Processo saúde-doença segundo profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, n. 72, v. 6, p. 1687-1695, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n6/pt_0034-7167-reben-72-06-1609.pdf. Acesso em: 03 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013. 173 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 1 ago. 2021.

GUERRA, C. S. *et al.* Epidemiologic profile and prevalence of psychotropic use in one reference unit for mental health. **J Nurs UFPE**, Pelotas, v. 7, n. 6, p. 4444-4451, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11685>. Acesso em: 5 ago. 2021.

MEDEIROS, F. L. A inter-relação entre transtornos mentais comuns, gênero e velhice: uma reflexão teórica. **Cad. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 448-454, out./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v27n4/1414-462X-cadsc-1414-462X201900040316.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.

NASCIMENTO, G. G. M. *et al.* O processo de trabalho do enfermeiro na promoção da saúde mental: análise reflexiva. **Rev. Enfermagem do Oeste**

Mineiro: São João Del Rei, v. 7, p. e2097, 2017. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2097/1810>. Acesso em: 2 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Saúde Mental: Nova Concepção, nova esperança. Relatório Mundial da Saúde. 1. ed. Lisboa, 2002. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acesso em: 5 ago. 2021.

PAIVA, P. C. D. A experiência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da equipe da saúde da família. 2015. Dissertação. (Mestrado Profissional: Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema único de Saúde). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-11012016-134535/pt-br.php>. Acesso em: 9 jan. 2021.

PENM, J. et al. Minding the gap: factors associated with primary care coordination of adults in 11 countries. The Annals of Family Medicine, v. 15, n. 2, p. 113-119, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28289109/>. Acesso em: 16 ago. 2021.

RIOS, S. A.; CARVALHO, C. L. Educação Permanente em Saúde Mental: Percepção da equipe de Enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Pernambuco, v. 15, p. e245715, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245715/37560>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SILVA, G. et al. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 404-417, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001452015>. Acesso em: 4 ago. 2021.

SILVA, M. A. P. et al. Saúde mental no trabalho do Enfermeiro da Atenção Primária de um município no Brasil. **Rev. Cubana de Enfermaría**, Cuba, v. 31, n. 1. 2015. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/626>. Acesso em: 5 ago. 2021.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

YAMAGUTI, C. A.; MORAIS, S. L. M. Grupos de reflexão em Saúde Mental: possibilidade de interlocução entre a Saúde Mental e a Atenção Básica no município de Itapevi – SP. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 132-138, 2019. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009105/grupos-de-reflexao_bis_mestrado_17.pdf. Acesso em: 3 ago. 2021.

CAPÍTULO 11

CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES À GESTÃO DO TRABALHO: ARRANJOS E DISPOSITIVOS

Gabriela Trevisan
Lúcia Esteves Duarte
Monica Vilchez da Silva
Maria Teresa Luz Eid da Silva
Leandra Andréia de Sousa
Adriana Barbieri Feliciano

INTRODUÇÃO

Tendo em vista o atual cenário brasileiro e as necessidades de saúde da população quanto ao acesso e integralidade na atenção à saúde, ratifica-se a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) e de uma Atenção Primária à Saúde (APS) estruturada e de qualidade (MACINKO; MENDONÇA, 2018). No âmbito da APS, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem apoiado e recomendado a inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) nos sistemas públicos de saúde, com a publicação de diretrizes técnicas e políticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a oferta dessas abordagens terapêuticas no SUS traduzem uma inovação em saúde no âmbito do acesso, da integralidade e da promoção à saúde. Todo potencial dessas abordagens precisa ser cada vez mais explorado e incorporado tendo em vista a contribuição para a produção do cuidado integral (TESSER; LUZ,

2008), e acrescentamos, para a produção da gestão do trabalho em saúde em uma perspectiva ampliada e compartilhada.

O diálogo entre as PIC e a gestão do trabalho em saúde é profícuo porque a gestão do trabalho se ancora na valorização do trabalhador e do seu trabalho. O trabalho é reconhecido pelo seu potencial, como possibilidade de transformação a partir da relação que se estabelece entre trabalhadores-usuários, trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-gestores. Uma relação pautada pelo vínculo, respeito e escuta qualificada possibilita que o trabalhador em saúde seja incluído no processo de tomada de decisão, sendo gestor do próprio trabalho, colocando também a cogestão como lógica estruturante desta concepção de trabalho em saúde. Segundo Machado (2008), “nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, coparticipação, e responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos”.

O efeito da inserção do trabalhador na tomada de decisão é ficar atento às necessidades de saúde no contexto em que atua e, sendo a sua prática acionada pelo trabalho em equipe, pode contribuir para o fortalecimento de redes de cuidado em saúde, tanto de redes formais, a saber, a ligação que os diferentes serviços de saúde estabelecem entre si, como de redes informais, as que se criam a partir de recursos materiais e imateriais, presentes nas equipes e nos territórios em saúde. Equipes que conseguem se organizar para cuidar das pessoas, também conseguem construir possibilidades de desenvolverem práticas cuidadoras de si. Esta lógica contribui para a produção do cuidado integral dos sujeitos (MACHADO, 2008), o que coaduna a produção de cuidados com as PIC.

Em estudo realizado na atenção básica observou-se que “a cogestão experimentada na atenção básica, além da necessidade de encontros coletivos, fundou-se na construção dos dispositivos e concretização da clínica compartilhada, que pode ser compreendida como uma maneira de organizar os processos de trabalho com atuação abrangente e ampliada nos determinantes do processo saúde-doença, com a elaboração de projetos terapêuticos singulares. A cogestão apresenta-se como um modo de governar que “envolve o pensar e o fazer coletivo visando à demo-

cratização das relações no campo da saúde” (GALAVOTE et al., 2016).

O desenvolvimento da cogestão para produção de maior grau de criatividade, solidariedade, autonomia e desalienação, traz em seus aspectos técnicos o oferecimento de arranjos e dispositivos. Nessa perspectiva, entende-se por arranjos a reorganização do espaço coletivo da gestão que permite o acordo entre as necessidades e interesses dos usuários, trabalhadores e gestores; e dispositivos como elementos que podem ser concretos e/ou imateriais, mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo com a participação ativa de usuários, trabalhadores e gestores, para mudança nas linhas de poder já instituídas (ONOCKO, 2003).

Os arranjos de trabalho envolvendo cuidado e gestão devem estar voltados para ampliar a capacidade de criação, protagonismo e autonomia de gestores e profissionais de saúde na coordenação do cuidado na APS. Isso requer um olhar que se volte também para a gestão na esfera municipal, instância responsável não exclusivamente, mas diretamente, pela tomada de decisão quanto ao desenvolvimento de ações e políticas públicas de saúde no nível local. Assim, a aposta é que o desenvolvimento e ampliação das PIC desvela arranjos e dispositivos na interface do trabalho, da gestão e do cuidado na produção de saúde.

A partir dessas considerações, esse estudo teve por objetivo: identificar, por meio das PIC ofertadas na APS, os arranjos e dispositivos da gestão do trabalho no SUS de uma região de saúde do interior paulista.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem quanti-qualitativa, realizado junto a 24 municípios de uma regional de saúde do Estado de São Paulo. Participaram da pesquisa 24 gestores municipais de saúde ou profissionais indicados pelo gestor, que responderam questionário e entrevista semiestruturada no formato online, no período de janeiro a julho de 2020. Os dados foram tra-

tados por meio da análise de conteúdo modalidade temática e interpretados à luz do Método de Cogestão (CAMPOS, 2013).

A análise de conteúdo, segundo Minayo (2016), se constitui de várias técnicas onde busca-se descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. O método de análise temática do conteúdo utilizado no trabalho visa descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

A metodologia de cogestão aborda um tipo de sistema de gestão de trabalho que tem como objetivo construir a democracia organizacional, aumentando a capacidade de análise e intervenção dos coletivos e fortalecimento do sujeito. O método reconhece a importância da pluralidade e a transversalidade das instituições, incorporando os sujeitos para um trabalho em conjunto (usuários, trabalhadores e gestores) na produção. Campos (2003) afirma que a aplicação dessa metodologia em espaços coletivos contribui para a democratização e progressiva desalienação da maioria, pois o método da roda possibilita estabelecer uma cogestão que produza tanto compromisso e solidariedade com o interesse público quanto a capacidade reflexiva e autonomia dos agentes em ação.

Os municípios e regiões foram tratados por letras e cores, respectivamente, para evitar a identificação das participantes do estudo, e os nomes mencionados foram substituídos por codinomes a fim de assegurar o sigilo e anonimato, em cumprimento aos preceitos éticos com pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino propONENTE, parecer nº 3.382.7654.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As PIC ofertadas na APS identificadas pela gestão são: Acupuntura, Fitoterapia, Arterapia, Dança circular, Meditação, Musicoterapia, Reike, Shantala, Yoga, Aromoterapia, Imposição das mãos, Ozonioterapia e Terapia de florais, o que retrata uma pluralidade terapêutica

nos municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS) estudado. Esse resultado corrobora o aumento das PIC no Brasil.

De acordo com o relatório de monitoramento nacional das práticas integrativas e complementares em saúde nos sistemas de informação em saúde de 2020, verifica-se um crescimento significativo e vigoroso na oferta e no número de participantes que fizeram uso das PIC entre os anos de 2017 e 2019. Os números de procedimentos ofertados de práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) cresceram 565%, saltando de 8606 para 48646 atendimentos. No yoga esse crescimento foi ainda maior, passando de 565 atendimentos para 7732, considerando-se que os números referentes ao ano de 2019 são parciais. Em todas as práticas monitoradas houve um crescimento substancial e o crescimento total foi da ordem de 415% em 2 anos (BRASIL,2020).

Além das PIC ofertadas nos municípios são apresentados a seguir os núcleos de sentidos que emergiram dos dados, a saber: arranjos e dispositivos, dentre os quais destacam-se: o Conselho Municipal de Saúde (CMS) como arranjo, e a Educação Permanente em Saúde (EPS) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) como dispositivos. Os gestores e gestoras referem que esses dispositivos e arranjos organizacionais foram criados a partir da implantação e implementação das PIC e outros que já existentes, contribuíram para seu desenvolvimento.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Dentre os arranjos existentes, o CMS desponta como espaço fundamental para a tomada de decisão para a implementação de políticas de saúde, pactuada por gestores, trabalhadores e usuários. O CMS emerge enquanto um arranjo da gestão municipal no processo de decisão, não centrado somente na figura do gestor/secretário municipal de saúde e sim na forma compartilhada e coletiva, pela representação dos demais segmentos, trabalhadores e usuários, na

priorização da oferta das PIC, conforme ilustram os trechos das falas a seguir: “Quem vai priorizar é equipe técnica, conselho de saúde que vai se organizar com a gente, como que a gente tem aqui não será eu só isoladamente que vai tomar decisão!” (Representante da gestão, Município A, Região Rosa).

A gestão também reconhece a importância do apoio do CMS para a continuidade e desenvolvimento da oferta de PIC no SUS do município e refere que é necessário “inserir no plano municipal de saúde, buscar apoio do conselho municipal de saúde” (Gestora, Município B, Região Rosa).

Os conselhos municipais de saúde foram instituídos como arranjo legítimo para a participação e o controle social no SUS. Embora, historicamente, se discuta os grandes desafios que os conselhos enfrentam, inclusive de representatividade e da forma com que todas as vozes se colocam no enfrentamento das questões em saúde, este ainda precisa ser identificado como espaço legítimo para o avanço e a sustentabilidade de práticas e políticas que se ancoram no SUS.

Quer dizer, se houvesse um controle social de fato, um conselho municipal de saúde atuante que olhasse “olha gente a partir de hoje vai ter as práticas integrativas, tem o NASF que faz isso, que faz aquilo”, se houvesse essa conversa com a população, em dois anos e pouco que a gente está trabalhando, já teria havido um reconhecimento dessa proposta, mas como as coisas são tão desconectadas né, a gente pode dizer isso, a população não entende isso, a população não vê essa possibilidade de cuidado, então fica restrito àquele grupo que se beneficia, então a gente não, então os grupos são pequenos né, não tem o reconhecimento da população. (Representante da gestão, Município C, Região Azul).

Machado (2012) aponta que a participação da comunidade nos conselhos de saúde torna esse dispositivo privilegiado em propor, discutir, acompanhar, deliberar, avaliar e fiscalizar o processo de implementa-

ção de políticas públicas a serem inseridas no sistema de saúde a fim de melhorar o cuidado para o usuário. No processo de implementação das PIC o CMS constitui um arranjo fundamental, e ainda é um desafio no exercício da cogestão e da participação social no âmbito do SUS de muitos municípios, a exemplo do município C na região pesquisada.

Possibilitar que esta discussão chegue ao CMS dá transparência, clareza e a possibilidade de continuidade destas práticas, apesar da mudança da gestão, pois as mesmas podem estar pautadas nos documentos orientadores sobre como as práticas em saúde vão se organizar nestes municípios, como as conferências e os planos municipais de saúde.

NÚCLEO AMPLIADO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

O NASF emerge como dispositivo para mudança do modelo de atenção, reconhecido pela iniciativa e protagonismo para a oferta das PIC, inclusive enquanto um cuidado diferenciado e ampliado, como mostram as falas a seguir:

Na equipe do NASF, as PIC vieram desse trabalho que estamos desenvolvendo, tentando desenvolver no município. Ela começa a pensar em propostas de cuidado diferenciadas (...) porque quando a gente fez a proposta do NASF, a gente já colocou as ofertas de PIC na proposta de implantação do NASF. Enfim, acho que a ideia de ampliar o cuidado, de fazer outra oferta. (...) Eu acho que o protagonismo é do NASF", (Representante da Gestão, Município B, Região Rosa).

A potência de atuação dos NASF e de como estes foram criados originalmente permite que coloquem em ação elementos essenciais, e já reconhecidos, para a qualificação do cuidado em saúde, especialmente, a interprofissionalidade e a prática colaborativa. Os mesmos já foram concebidos por meio de uma dinâmica que agrupa profissionais de diferentes categorias profissionais para dar suporte às equipes de referência, na atenção primária e ampliar a possibilidade de cuidado e

de resolutividade dos problemas em saúde: “E como a gente tinha, acabou tendo essa equipe, tinha a L., fisioterapeuta, com uma experiência maior do que a minha e a nutricionista, que é a F.” (Representante da gestão, Município B, Região Azul); “Mas aí essas pessoas que já faziam essas práticas, na verdade são duas, é uma enfermeira de uma outra equipe, que a gente também apoia, né? E uma agente comunitária de saúde. Então essa enfermeira faz a prática com uma certa regularidade” (Representante da gestão, Município B, Região Azul); “Aí a gente tem, ela está se formando, é a mesma pessoa tá? Ela é técnica de enfermagem de, aqui dentro, mas de formação ela é biomédica, e ela fez auriculoterapia, faz acupuntura e pretende fazer a ozonioterapia (Representante da gestão, Município D, Região Azul).

Trazer esses recortes se faz imperativo no contexto atual, em que se evidencia o contrassenso acerca do NASF, um dispositivo altamente potente para a implantação das PIC e para transformação do modelo de cuidado no SUS, e que ao mesmo tempo, em muitos municípios da região estudada e no país inteiro, está sendo dissolvido, com suas equipes desmembradas e o serviço não mais ofertado, em virtude da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL,2017).

A interprofissionalidade implica na descoberta de que profissionais de diferentes categorias podem e devem trabalhar juntos, de forma que este trabalho se complete e os mesmos aprendam uns com os outros (OGATA et al., 2021). Uma relação em que não há supremacia de conhecimento ou de categoria, mas o respeito aos diferentes saberes uns dos outros. Este é um ambiente muito promissor para que as PIC sejam ofertadas na rede de saúde. O NASF é um dispositivo que favorece esta forma de organização do trabalho em saúde (ALMEIDA; MEDINA, 2021). No entanto, os desafios estão presentes, pois essa mesma participante traz ainda a seguinte fala: “Porque com a portaria não tem mais NASF.” (Representante da Gestão, Município B, Região Azul). Para a coordenadora da Atenção Básica (AB) de um município de outra região, o que justifica a oferta

no município é a “iniciativa da equipe NASF em ofertar as PIC” (Representante da gestão, Município E, Região Rosa).

Quanto ao desenvolvimento das PIC, este estudo evidencia a importância das equipes interprofissionais do NASF como as que mais disseminam essas práticas, inclusive junto às suas equipes, corroborando a qualidade na APS (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O ambiente criado por equipes que se utilizam dos encontros para promover novas aprendizagens e o trabalho colaborativo se consolidam por meio da EPS. A EPS diz respeito a um aprendizado que nasce das necessidades vivenciadas a partir das práticas exercidas no cotidiano. É a possibilidade das equipes se colocarem em auto análise e descobrirem novas formas de produção do trabalho e do cuidado em saúde para cuidarem melhor das pessoas que vivem nos territórios sob sua responsabilidade.

É colocar em diálogo as necessidades demandadas no território com as práticas oferecidas buscando compreender se a lógica com que as equipes organizam o seu trabalho atende estas necessidades. A EPS se mostrou como um dispositivo com potência para indagar a gestão e as equipes sobre como construirão espaço para práticas por meio das PIC:

Na EP (educação permanente) começou a falar bastante dessas práticas [...] eu sentei aqui com o gestor e falei assim “olha, você já ouviu falar de práticas integrativas? (...) vamos dar uma olhadinha no que é? (...) o gestor falou assim “vamos falar com a B., porque ela gosta dessas coisas”, ela sempre gostou dessas coisas, práticas orientais (...) A proposta era realmente práticas integrativas na EP” Porque o gestor, ele gosta muito de tudo o que oferta para a população. (Representante da Gestão, Município F, Região Azul).

Então ela sempre protagonizou esse processo de implantação, trazendo sempre ideias, atuando mesmo né, e colocando em prática o conhecimento que ela tem. E aí puxando a gente, puxando a mim e a nutricionista, e a gente foi fazer curso online de plantas medicinais, foi pensar nessas coisas. Ela está fazendo curso de alimentação saudável, enfim, eu acho que a gente está tentando se qualificar um pouco mais, e aí é o esforço de cada um. O apoio da gestão e o empenho pessoal né. (Representante da gestão, Município B, Região Azul).

Nos municípios em que a implementação da EPS foi um dispositivo para a gestão do trabalho, as discussões sobre as PIC estiveram presentes, ressaltando a necessidade de espaços como estes para o esclarecimento do que são as PIC e o reconhecimento das inovações produzidas no trabalho em saúde.

A gestão revela, ainda, a necessidade de informação quanto ao alcance das PIC na produção de saúde dos usuários, para a tomada de decisão. Isso reforça a importância da aproximação da gestão e do cuidado, da implementação da política de EPS que favorece a participação de diferentes atores sociais e institucionais para a consolidação e discussão dessas terapias complementares no âmbito da atenção básica (SANTOS; TESSER, 2012) e da presença de mecanismos legais, que reforcem sua sustentabilidade.

Acho que vem de uma série de grupos, da própria universidade, dos próprios servidores interessados nisso, também a formação em terapia comunitária que nós tivemos em 2009, se não me engano, que iniciou lá atrás isso. Há uma vontade pelos profissionais e pelos gestores, principalmente eu, que dou a maior força para isso, estímulo (Representante da gestão, Município G, Região Vermelho).

A EPS se baseia em um processo político-pedagógico que influencia na aprendizagem dentro do ambiente de trabalho, que por sua vez se torna a principal fonte do conhecimento. Dessa maneira,

Monteiro (2019) aponta que a educação deve ser trabalhada de forma dinâmica com objetivo de construir espaços coletivos que estimulem a reflexão e avaliação do cotidiano do trabalho. Além disso, a EPS é uma ferramenta transformadora dos sujeitos e consequentemente da produção do cuidado individual e coletivo, e no cenário pesquisado, muitas ações referentes às PIC foram desenvolvidas via EPS e esta foi evidenciada como um dispositivo essencial nos diferentes espaços coletivos de discussão e cogestão.

LIMITE DO ESTUDO

O questionário e a entrevista semiestruturada previstos para serem realizados presencialmente, em virtude da pandemia de COVID-19, foram realizados de forma remota, pelo *google forms*. No encontro presencial há uma riqueza possibilitada também pelo diálogo entre participantes e pesquisadora no decorrer da entrevista, o que não existe no formulário *online*, inclusive pela inviabilidade de explorar as respostas, o que se constituiu em um limite deste estudo. No entanto, em um segundo momento, foi agendado um encontro virtual em que foi possível um maior aprofundamento das respostas, abordando assim, questões importantes trazidas pelas gestoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, considerando a perspectiva da cogestão, na produção de cuidados com as PIC, o CMS como arranjo e a EPS e o NASF como dispositivos, trazem importante contribuição para gestão do trabalho em saúde no SUS. Assim, o processo de implantação das PIC na APS favorece o compromisso e autonomia profissional na produção do cuidado, o que se dá também via educação permanente em saúde, com reconhecimento e apoio da gestão municipal.

Nesse sentido, o estudo assinala que é imprescindível realizar uma articulação entre o conselho municipal de saúde, as equipes do

NASF, demais profissionais da APS, usuários e outros atores sociais e institucionais para o desenvolvimento e ampliação das PIC. Essa articulação se mostra potente para a transformação e consolidação do SUS baseada em espaços coletivos, que provocam a desalienação dos trabalhadores e a ascensão de sua autonomia e governabilidade, acionadas pela contribuição das PIC que demonstraram o favorecimento na melhoria da qualidade na produção do cuidado integral e da gestão do trabalho em saúde.

Em face ao protagonismo e potência do NASF, vale destacar o recente desmonte desta política, que coloca em ameaça a sustentabilidade do próprio SUS enquanto uma das grandes conquistas civilizatórias para o cuidado em saúde da população brasileira. Desse modo, podemos compreender que as PIC também se constituem como um ato de resistência para a manutenção da prática interprofissional e da propagação de um modelo de atenção em saúde que supere a atenção biológica e medicalizante ainda hegemônica, na direção de um cuidado integral e holístico no SUS.

FINANCIAMENTO

Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.R.; MEDINA, M.G. **A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira.** Cadernos de Saúde Pública. 2021 (37): 10 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Departamento de Saúde da Família; Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde.** 2020.

CAMPOS, G.W.S. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda** - São Paulo; Hucitec; 2013 (4): 240 p.

GALAVOTE, H.S. et al. **A gestão do trabalho na estratégia saúde da família:(des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde.** Saúde e Sociedade, v. 25, p. 988-1002, 2016.

MACHADO, T.R. **Um olhar sobre a dinâmica do Conselho de Saúde de um município da região metropolitana de Belo Horizonte-MG.** Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. 33 p. Curso de especialização de Atenção Básica em Saúde da Família.

MACHADO, M.H. **Gestão do Trabalho em Saúde: Dicionário da educação profissional em saúde.** 2nd rev. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados.** Saúde em Debate, v. 42, p. 18-37, 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: Hucitec; 2016.

MONTEIRO, B.H.H. **Práticas Integrativas E Complementares e Educação Permanente em Saúde: Implicação na Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais.** Universidade Federal de Minas Gerais; 2019. 140 p. Pós-graduação em Saúde e Enfermagem.

OGATA, M.N. et al. **Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2021(55).

ONOCKO, C.R.T. **A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas.** Campos G. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, p. 122-49, 2003.

SANTOS, M.C.; TESSER, C.D. **Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde.** Cien Saude Colet 2012; 17(11):3011-3024.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. **Racionalidades médicas e integralidade.** Ciência & saúde coletiva, v. 13, p. 195-206, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO traditional medicine strategy: 2014-2023.** World Health Organization, 2013.

CAPÍTULO 12

PROFISSIONAIS DE SAÚDE SUJEITOS POLÍTICOS DA MUDANÇA SUSTENTADA NA CENTRALIDADE DO CIDADÃO

Nelson Emídio Henrique Guerra
João Miguel Almeida Ventura-Silva
Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins
Paula Alexandra Amaral Ramos
Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro

INTRODUÇÃO

Refletir sobre o mundo que nos rodeia e a realidade das profissões de saúde obriga-nos a compreender o quanto são importantes as discussões sobre o nosso posicionamento enquanto seres políticos, porque afinal somos pessoas. Não se trata de discutir a adesão a partidos políticos, mas sim, os valores e os princípios a defender mediante a essência da nossa profissão, como também a forte necessidade de sermos participantes ativos na sociedade onde estamos inseridos.

Na atualidade, todos sabemos que as respostas de saúde não podem estar circunscritas apenas a uma profissão. Na verdade, tal fato obriga-nos a olhares diferenciados sobre o nosso contributo para a sociedade e assim, mais uma vez, a um diálogo político centrado nas intervenções profissionais, nos conhecimentos específicos de cada profissão, no sentido de acrescentar valor à saúde do cidadão.

Esta reflexão traz para a discussão três pilares: os profissionais de saúde agentes políticos, os desafios da gestão do trabalho em saúde e o papel do enfermeiro e a importância do respeito pelo cidadão

nas intervenções dos profissionais de saúde.

Para a organização tomamos como base o método reflexivo para a produção de conhecimento fundamentado na abordagem socio-prática e transformadora da realidade social e da aprendizagem, de modo a contribuir para o fortalecimento das reflexões críticas, pensamento autônomo e práticas compartilhadas, resultando numa formação mais profunda e consistente para os profissionais de saúde e particularmente para os enfermeiros.

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COMO AGENTES POLÍTICOS

O profissional de saúde, em primeira instância, assume-me como um cidadão, decorrendo daí a luta pelos seus direitos. Por outro lado, enquanto profissional, as suas ações encaminham-no para a promoção dos direitos dos outros, em particular, a liberdade, a saúde, a educação, a vida, a religião e a igualdade. É de destacar que os direitos fazem parte da nossa vida e a capacidade do ser humano para pensar, faz com seja identificado como ser político, no sentido de refletir sobre o que está a fazer, independentemente do nível social, educacional ou intelectual próprio de cada um (ARENDT, 2015).

O pensamento político dos profissionais poderá sustentar-se em três pilares: a natureza da profissão, a política e o estado. A natureza e o fim a que se destina a profissão na sociedade, que no caso da enfermagem diz respeito a uma profissão aprendida, uma ciência e uma arte, cuja centralidade reside na preocupação pelas pessoas e pelo mundo em que vivem, visando promover a sua saúde e o bem-estar. No caso da política, relaciona-se com os meios pelos quais um sujeito ou grupo se organiza para exercer ou conquistar o poder. Por fim, o estado assenta na entidade com poder soberano para governar um povo dentro de uma área territorial delimitada.

Focando-nos no olhar político dos enfermeiros é fundamental sustentar a sua atividade profissional nos paradigmas e concepções de pessoa, saúde/doença, ambiente e enfermagem, aproximando-o de teóricas de enfermagem como a Florence Nightingale, Virginia Henderson, Hildegard Peplau, Imogene King, Callista Roy, Betty Neuman, Moyra Allen, Martha Rogers, Rosemarie Parse, Madeleine Leininger e Afaf Meleis.

Desta forma, a enfermagem assume um padrão de conhecimento sociopolítico que contribui para uma visão abrangente, na qual se particulariza a responsabilidade e o compromisso como agente de mudança organizacional, social e política, investindo na inovação e sustentabilidade do processo de trabalho em defesa da saúde individual e coletiva. O enfermeiro é o profissional que possui formação para o cuidado, bem como o conhecimento para a gestão desse cuidado. Efetivamente, está apto para atuar nas diferentes formas de concretizar e pensar as ações de saúde, considerando que está inserido em todas as etapas do processo de trabalho em saúde, na administração, organização, coordenação, acompanhamento, tomada de decisão e avaliação das ações desenvolvidas (PERSEGONA et al., 2009).

No entanto, podem ser notórios alguns constrangimentos, no âmbito da participação política, a destacar as condições e carga de trabalho elevadas, a dotação inadequada de pessoal, a baixa remuneração salarial e a pouca autonomia profissional. Face a estas condições, é de destacar o papel relevante das organizações e associações profissionais, no sentido de garantir um exercício profissional seguro.

No seguimento do mencionado, para melhorar a área de intervenção política, é necessário continuar a percorrer dois caminhos. Por um lado, como cidadãos proativos e, por outro, a assumir uma participação ativa de defesa em todas as estruturas políticas e sociais organizadas, preservando os valores da nossa profissão. Espera-se que os enfermeiros sejam capazes de prestar cuidados centrados no cidadão, dando especial ênfase à conceção e implementação das intervenções autônomas de enfermagem, assumindo também uma

atitude de procura e desenvolvimento pelo conhecimento específico, de forma a melhorar os processos formativos. Urge ainda incentivar os enfermeiros à adoção de uma atitude reflexiva, tendo por base o aumento da concretização da investigação em Enfermagem, pois só assim nos tornaremos verdadeiramente seres políticos. Para conseguir algum deste desenvolvimento importa refletir sobre o papel dos enfermeiros e os desafios que se colocam a quem gera o trabalho.

DESAFIOS DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E O PAPEL DO ENFERMEIRO

A gestão de/em enfermagem enquadra-se em todos os ambientes de trabalho, em particular naqueles em que a decisão tem efeito sobre a pessoa, enquanto doente, utente ou cliente do serviço prestado.

Os enfermeiros gestores, enquanto líderes, têm uma ação direta sobre os seus colaboradores e sobre a forma como eles cuidam dos clientes. Assumem um compromisso com o cidadão, respeitando a cidadania e o interesse público, na perspetiva de responder às necessidades em saúde com competência e eficácia. O enfermeiro gestor detém as competências que garantem a segurança das organizações, das práticas, das dotações e do conhecimento que consubstanciam a segurança do cliente, enquanto pivô de efetiva proximidade nos cuidados prestados, na liderança dos projetos e nas condições para uma prática baseada na melhor evidência científica.

O enfermeiro gestor define o modelo de trabalho da sua unidade/ departamento/ organização, atua como modelo (negativo ou positivo) para os seus colaboradores, ajuda e incentiva o desenvolvimento científico, profissional e pessoal da sua equipe, utiliza todas as suas competências de relacionamento interpessoal para melhorar a sua comunicação com os clientes, famílias e restantes intervenientes do processo de cuidados.

Ao fazer uma gestão integradora da equipe, em que todos se sintam parte dela, motiva e encoraja o trabalho colaborativo, inspirando os profissionais a trabalhar em conjunto, num mesmo objetivo,

facilitando a comunicação e a ajuda, e promovendo um ambiente de trabalho seguro e favorável.

O enfermeiro gestor, amiudadas vezes, é o interprete das grandes linhas estratégicas da organização, descodificando-as em etapas específicas para a sua equipe, definindo metas claras e tangíveis, valorizando a ação de cada um na prossecução dos objetivos comuns, de forma a que o seu papel de supervisão e monitorização da implementação das estratégias seja entendido como um processo normal de crescimento de todos e com a participação de todos.

Os enfermeiros gestores têm um potencial incrível para promover ambientes favoráveis que incentivam os seus colaboradores a serem mais produtivos e entusiastas no trabalho, são honestos quanto ao seu desempenho, são claros nas orientações dadas, louvam os que demonstram excelência no seu trabalho, incentivam aqueles que demonstram dificuldades, promovendo a melhoria do desempenho dos profissionais e, consequentemente, a qualificação dos ambientes de trabalho.

Neste sentido, a gestão de/em enfermagem não pode ser considerada como um mero exercício de controle dos colaboradores. Dar, simplesmente, a alguém a condição de exercer a gestão/ liderança de uma equipe de enfermagem não os torna proficientes nesse papel. Um líder de enfermagem é efetivamente um enfermeiro gestor que desenvolve o seu papel de liderança, motivando a equipe e sendo o modelo para os seus colaboradores, através de processos de mudança organizacional.

Em 2010, um inquérito sobre os cuidados prestados, realizado pela Mid Staffordshire NHS Foundation Trust (FRANCIS, 2010) identifica repetidamente a falta de liderança como contributo significativo para os maus cuidados de enfermagem prestados.

A gestão de/em enfermagem deve basear-se nas competências acrescidas em gestão. A prática da gestão em enfermagem suporta-se em 3 princípios fundamentais para a construção da identidade do enfermeiro gestor enquanto líder agregador dos profissionais de saúde (Figura 1).

Figura 1 - Princípios para a construção da identidade do enfermeiro gestor.



As organizações de saúde procuram garantir a qualidade assistencial, no sentido da excelência, da produtividade e da competitividade, num mercado com constantes transformações e exigências não só pelo produto assistencial, mas também pelo tecido organizacional criado na centralidade do cliente. Neste pressuposto de qualidade, as organizações têm de integrar o princípio científico dos cuidados de enfermagem enquanto pilar central de uma prestação de cuidados de qualidade.

Este 1º princípio assenta naquilo a que se pode chamar a “Cadeia de valor da Enfermagem”, que é organizada em dois tipos de atividades dirigidas a um único objetivo - Ganhos em Saúde para os Cidadãos.

Nesta cadeia de valor da enfermagem as “atividades essenciais” são as que tornam visível a prestação dos cuidados de enfermagem, sendo constituídas por:

- Diagnóstico de necessidades – exercício fundamental no processo científico dos cuidados, o que, sendo descurado, põem em causa a sua eficácia;
- Planeamento dos cuidados – componente fundamental que

- trata da organização do plano de trabalho em resposta às necessidades individualmente diagnosticadas;
- Prestação de cuidados – a face “visível” da prática de enfermagem, e que resulta dos dois momentos anteriores, sendo personalizada e respondendo às necessidades individuais, segundo o plano elaborado;
 - Avaliação e Marketing – processo de monitorização dos cuidados de enfermagem prestados e de valorização dessa prestação. Os enfermeiros prestadores são os maiores divulgadores da imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem;
 - Enfermagem baseada na evidência – elemento essencial da qualidade dos cuidados prestados, que evidencia o resultado do desenvolvimento da ciência de enfermagem, no sentido de melhorar as respostas às necessidades mais complexas dos clientes.
 - Todas estas atividades essenciais são suportadas por um conjunto de “atividades de suporte” que sustentam a melhor qualidade da prestação e do desempenho. São constituídas por:
 - Ensino e Formação – base inquestionável do saber e da aquisição dos conhecimentos e das competências devidas para uma melhor prática profissional;
 - Regulação Profissional – garante a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos;
 - Organização e Gestão – elementos centrais no suporte às atividades essenciais, que facilitam ou dificultam a concretização de ambientes favoráveis à prática dos cuidados;
 - Investigação e Desenvolvimento – como em todas as ciências, estes são os pilares essenciais do desenvolvimento científico e da concretização das melhores práticas baseadas na evidência.

Como 2º princípio consideramos o Perfil de Competências dos Enfermeiros Gestores (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015). Estes operam ao nível estratégico, tático e operacional, sendo os elos entre os objetivos organizacionais e os objetivos da assistência em enfermagem.

As Competências do Enfermeiro Gestor têm por finalidade garantir a Segurança do Cidadão/Família/Comunidade e estão esquematizadas nos seguintes eixos:

- Eixo 1 - Prática Profissional, Ética e Legal. Respeita os valores, princípios éticos e deontológicos e normas legais da profissão, no contexto da sua relação de trabalho com as Pessoas/os Colaboradores;
- Eixo 2 - Gestão dos Cuidados e Serviços. Orienta a prática dos cuidados para os resultados a atingir, tendo como foco as pessoas/clientes e/ou comunidade;
- Eixo 3 - Intervenção Política e Assessoria. Concebe o planeamento estratégico, no contexto das funções de assessoria e consultadoria ao nível de políticas e processos de melhoria das Organizações;
- Eixo 4 - Desenvolvimento Profissional. Assegura o desenvolvimento profissional como estratégia de capacitação individual e coletiva para uma prática profissional de excelência. O 3º Princípio, Padrões de Qualidade e Segurança dos cuidados, constitui um pilar importantíssimo na organização da estrutura assistencial em enfermagem. As organizações procuram a qualidade e a segurança dos cuidados que prestam e os gestores de enfermagem garantem, na primeira linha de ação que sejam cumpridos os princípios de qualidade preconizados pela organização de saúde. Podemos organizar os padrões de qualidade e segurança dos cuidados sob as seguintes vertentes:
 - Conhecimentos Seguros – implementação de estratégias para a formação, investigação e desenvolvimento das ciências de enfermagem;
 - Práticas Seguras – cuidados baseados na evidência suportados em equipamento e materiais adequados às necessidades;
 - Organizações Seguras – existência de políticas inovadoras centradas no recrutamento e retenção, implementação de programas de reconhecimento e mérito;
 - Dotações Seguras - ambiente de trabalho seguro garantin-

do a adequação em número e qualificação dos recursos de enfermagem.

- Estes princípios existem e são, pontualmente, postos em prática nas organizações. Contudo, a evidência científica⁵ adverte para o fato de que nos hospitais portugueses, nomeadamente em serviços de internamento de cirurgia geral, medicina interna e ortopedia:
- *Cada doente tem menos 2,2 horas de cuidados de enfermagem, sendo esse valor de 2,5 horas nas unidades de medicina;*
- *Cada doente exposto a um déficit de horas de enfermagem aumenta em 24% o risco de complicações respiratórias;*
- *Cada doente exposto a um déficit de horas de enfermagem aumenta em 35% o risco de infecções do trato urinário;*
- *Cada doente exposto a um déficit de horas de enfermagem aumenta em 37% o risco de úlceras por pressão;*
- Cada doente exposto a um déficit de horas de enfermagem aumenta em 22% o risco de mortalidade durante o internamento (GUERRA, 2018).
- Perante a evidência demonstrada, os enfermeiros gestores deparam-se com quatro grandes desafios:
- 1º Desafio – SABER – os enfermeiros gestores têm de demonstrar o constructo que Henderson (1990) nos ensinou: a formação científica, humana e holística que fornece os saberes e as competências mais adequadas para ajudar o indivíduo, doente ou não, na realização das atividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para uma morte tranquila), que ele executaria sem ajuda se tivesse a necessária força, vontade ou conhecimento, e fazer isso de modo a ajudá-lo a ganhar a autonomia o mais rapidamente possível (HENDERSON, 1990);
- 2º Desafio – SER – Como diz o povo “a mulher de César não basta parecer, tem de ser”, os enfermeiros gestores têm de demonstrar que efetivamente fazem a diferença na gestão das unidades, dando corpo à distinção criada por Florence

Nightingale que formou duas categorias distintas de enfermeiras, as *ladies* que respondiam pela administração, supervisão e controle dos serviços e as *nurses*, que desenvolviam o trabalho sob a orientação das *ladies*;

- 3º Desafio – ESTAR – também cabe aos enfermeiros gestores cumprir o que nos disse Ann Page. Têm de ser “os olhos, os ouvidos, os conhecimentos e as intervenções dos enfermeiros” porque são cruciais para “detetar, corrigir e prevenir as falhas que ocorrem no sistema de saúde” (PAGE A., 2004). Os enfermeiros são o principal sistema de vigilância de um hospital, ajudando na promoção da saúde, na prevenção da doença, e no desenvolvimento das habilidades para o autocuidado, cruciais no processo de recuperação;
- 4º Desafio – VALOR - A importância dos cuidados de enfermagem é tanto maior, quanto maior a necessidade de ultrapassar a situação de não saúde. O reconhecimento efetivo da necessidade de cuidados de enfermagem deve ser tido em conta como garantia da qualidade e da segurança dos cuidados prestados. Intervindo e assumindo as suas competências, os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional, relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.

O desafio maior dos enfermeiros gestores é o reconhecimento efetivo de que a gestão em enfermagem está diretamente relacionada com a qualidade e segurança dos cuidados que são prestados. Isto porque, quanto mais a natureza dos cuidados de enfermagem se tornar comprehensível para os cidadãos, pela prática profissional dos enfermeiros, mais evidente se tornará a imprescindibilidade da profissão no sistema de saúde, nunca esquecendo a importante frase: *What Florence Nightingale was documenting in the 1800s we are still trying to prove: Nurses make a difference in patients, families, and communities.*

A IMPORTÂNCIA DO RESPEITO PELO CIDADÃO NAS INTERVENÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ao longo das últimas décadas, os sistemas de saúde dos vários países do mundo têm reconhecido a importância dos conceitos inerentes à qualidade da assistência em saúde, desenvolvendo estratégias para a identificação de lacunas existentes em termos de cuidados seguros, eficazes e centrados nas pessoas. Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, se torna, por vezes, complexo e difícil, sendo necessário recorrer a uma estratégia geral equilibrada e avaliar todas as variáveis que concorrem para esta situação, de forma continuada e ao longo do tempo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Perante este contexto, torna-se imperativo falar da mudança de paradigma, verificada ao longo dos tempos, sobre a participação do cidadão na prestação dos cuidados de saúde.

As primeiras referências acerca do papel do cidadão nos cuidados de saúde remontam à década de 70, do século passado, pela World Health Organization (WHO), que defendia que a pessoa era um “objetivo desejável das políticas de saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978), dando ênfase à submissão da figura do cidadão perante os profissionais de saúde.

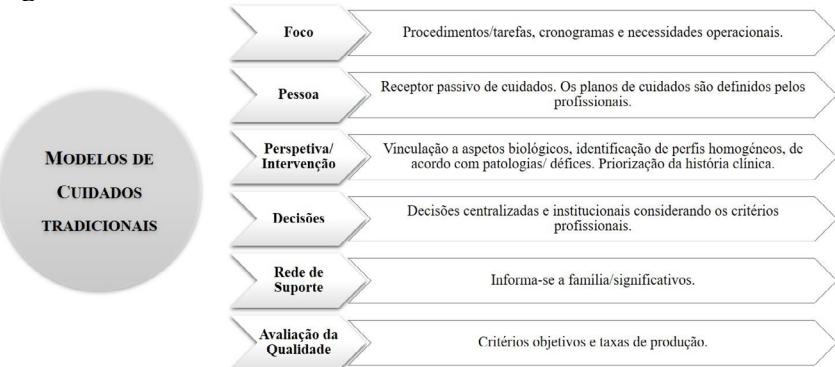
Contudo, fruto dos diferentes avanços da ciência e das evoluções tecnológicas, têm-se assistido a uma mudança importante na forma como os profissionais de saúde e a sociedade em geral, olham para o papel do cidadão no seu processo de saúde/doença. Observa-se um abandono de uma atitude rigidamente paternalista do médico/profissional de saúde, que limitava a participação do cidadão, dando lugar a uma atitude de conhecer todas as questões relacionadas com a sua saúde (SANTOS; GRILLO, 2019).

O envolvimento do cidadão, enquanto figura central dos cuidados de saúde, tem-se revelado uma tônica importante, com indicadores positivos para o cidadão, nomeadamente na sua motivação, adesão ao regime terapêutico, menor tempo de recuperação e melhoria no seu estado de saúde geral. O olhar dos profissionais de saúde rela-

tivamente às respostas humanas aos processos de transição, garante o respeito pelo cidadão, centralizando-o como o foco dos cuidados de saúde na promoção da saúde e na prevenção e tratamento da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No que concerne aos modelos de cuidados tradicionais, apresenta-se de forma resumida na figura 2, algumas das suas características.

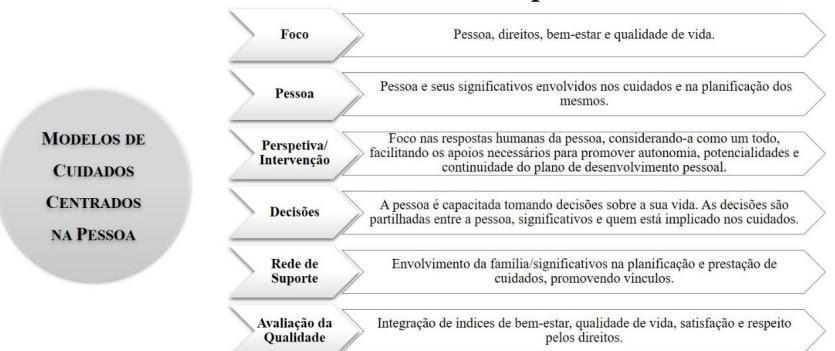
Figura 10 - Características dos modelos de cuidados tradicionais.



Adaptado de Martínez et al. (2019), Fazio et al. (2018), Martínez (2015).

Já nos modelos de cuidados centrados na pessoa, verifica-se uma direção formal de cuidados que orienta a atenção e práticas profissionais para a pessoa, conforme se pode verificar na figura 3.

Figura 11 - Características dos modelos de cuidados centrados na pessoa.



Adaptado de Martínez et al. (2019), Fazio et al. (2018), Martínez (2015).

Apesar dos contributos e benefícios de uma assistência centrada na pessoa, a adoção deste tipo de modelo de cuidados é um percurso lento e desafiante, com a necessidade de transformações socioeconómicas nos sistemas de saúde e de culturas organizacionais, havendo ainda uma predominância por modelos de cuidados tradicionais (FAZIO et al., 2018).

No âmbito desta temática, o Ministério da Saúde de Portugal, no ano de 2017, definiu para o Sistema Nacional de Saúde (SNS), uma estratégia de proximidade, intitulada de “SNS+ Proximidade”, com o intuito de desenvolver políticas mais próximas das pessoas, capazes de as acompanhar e apoiar no seu percurso de vida, integrando nesse processo tudo o que de melhor o país é capaz de realizar. Centra-se em duas ideias fundamentais: “a integração dos cuidados de saúde” e a “centralidade do cidadão nos sistemas de saúde”¹⁴, não esquecendo o respeito pelo cidadão durante a prestação de cuidados de saúde. A Figura 4 representa os dois pilares desta estratégia de proximidade, conjuntamente com os aspectos inerentes a cada dimensão.

Figura 12 - Dimensões da integração de cuidados e da centralidade do cidadão.



Adaptado de Ministério da Saúde (2017)¹⁴

Relativamente à integração dos cuidados de saúde, há uma preocupação pelo acesso à assistência de saúde de qualidade, através de uma perspectiva de continuidade, sem a existência de obstáculos e, valorizando o cidadão, neste processo de saúde/doença, de acordo com as necessidades ao longo da vida, nos domínios da promoção da saúde;

prevenção de doenças; diagnóstico, tratamento e gestão de doenças; reabilitação; e cuidados paliativos. É de salientar que, para o sucesso desta integração, a definição de um plano individual de cuidados com ênfase na conversação-negociação entre o profissional de saúde e o cidadão é fundamental. Por outro lado, são também relevantes os comportamentos das pessoas face ao sucesso do seu plano individual de cuidados, alinhado com a promoção da literacia em saúde, assim como a avaliação dos resultados relativos à implementação de estratégias ao longo do percurso do cidadão¹⁴, que no caso de um internamento hospitalar, percorre as fases de admissão até à alta clínica.

Por conseguinte, a centralidade do cidadão no sistema de saúde está ancorada na capacitação das pessoas, através do seu envolvimento no processo de cuidados, garantindo a tomada de decisões sustentadas em relação à sua saúde e aos serviços de saúde. Efetivamente, a centralidade da pessoa implica participação, relativamente à proteção e promoção da sua saúde e à dos seus concidadãos, havendo assim a necessidade de instrumentar a sua aplicação¹⁴. Por outro lado, necessita do desenvolvimento de mudanças de comportamento de todos: profissionais, líderes locais, gestores e decisores políticos, direcionando-se para o cidadão¹⁴. Engloba uma nova geração de estratégias locais de saúde, a promoção da literacia em saúde e a qualificação do atendimento no SNS.

No âmbito das estratégias locais de saúde, é possível constatar a preocupação das entidades governamentais, no desenvolvimento de estratégias locais de saúde, geradoras de comportamentos de mudança, respeitando a individualidade da pessoa. São exemplos, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025) e a Estratégia para a Promoção da Literacia em Saúde (2016-2020). Nesta continuidade, com intuito de promover e melhorar a literacia em saúde, a Direção-Geral da Saúde de Portugal, delineou o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, com vista à promoção do espírito crítico das pessoas para uma tomada de decisão de saúde sustentada, assim como mostrar as ferramentas disponíveis para esse fim. Na verdade, a Literacia em Saúde requer conhecimen-

to, motivação e competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, para uma tomada de decisão consciente e sustentada sobre os cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida¹⁵.

Por fim, ainda no âmbito da centralidade do cidadão, importa também refletir sobre a qualidade da assistência no SNS, nomeadamente a importância que um bom atendimento tem para a pessoa e para a resposta às reais necessidades de cuidados^{8,14}. Esta valorização engloba três dimensões: a dimensão física, relacionada com a logística e o espaço físico destinado à prestação de cuidados; a dimensão organizacional e relacional, com a definição de políticas direcionadas aos profissionais de saúde, promovendo a valorização, o apoio, a capacitação e o acompanhamento do cidadão¹⁴; a dimensão da informação e literacia, através de recursos direcionados para a capacitação do cidadão, promovendo o envolvimento deste e a satisfação com os cuidados prestados¹⁴ e, por conseguinte, uma assistência segura e de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento deste capítulo, contribuiu-se para a definição de novas possibilidades de intervenção na prática dos enfermeiros, mas também de outros profissionais, ao problematizar as possibilidades de construção de processos reflexivos, através da produção de conhecimento compartilhado. Acreditamos que analisamos práticas transformadoras, capazes de ultrapassar modelos tradicionais sobre a intervenção política do ser enfermeiro, mas também fazer uma conceptualização dos cuidados centrados na pessoa/ cidadão.

Conscientes de que uma das limitações para a mudança se situa na pouca expressão do desenvolvimento de dinâmicas orientadas pela lógica social e interdisciplinar, faz-se necessário o recurso a referenciais que concorram para uma prática segura, consciente e visível à sociedade em geral e aos cidadãos em particular.

Producir uma reflexão sobre os profissionais de saúde como sujeitos políticos da mudança sustentada na centralidade do cidadão, é apenas dar início a uma mudança, cujo caminho deverá ser percorrido por cada um. Acreditamos que fará a diferença para que, num futuro próximo, haja uma mudança na visibilidade da profissão, com uma maior importância para os cuidados de enfermagem e, por conseguinte, seja notória uma maior representação dos enfermeiros nos locais de decisão.

REFERÊNCIAS

ARENDT, H. **Crises da república**. São Paulo: Perspectiva; 2015.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Plano de Ação: Literacia em Saúde – Portugal 2019-2021 [PDF]. Lisboa: **Direção-Geral da Saúde**; 2018 [cited 2021 Oct 04]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

FAZIO, S.; PACE, D.; FLINNER, J.; KALLMYER, B. The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. **Gerontologist** [Internet]. v. 58, v. 1, p. 10–19. 2018. Doi: 10.1093/geront/gnx122

FRANCIS, R. Independent Inquiry Into Care Provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, January 2005 - March 2009 [PDF]. Londres: **NHS Foundation Trust Inquiry**; 2010 [cited 2021 Oct 01]. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279109/0375_i.pdf

GUERRA, N.E. Dotações de enfermagem: impacto na segurança dos cuidados de saúde [doctor's thesis on the Internet]. Lisboa (Portugal): Universidade Católica Portuguesa, **Instituto de Ciências da Saúde**; 2018 [cited 2021 Oct 03]. Available from: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/28053/1/Tese%20final%20entrega%202017-1-2018%20REVISTA%202027-7-2018.pdf>

HENDERSON, V. Excellence in nursing. **Am J Nurs** [Internet]. v. 90, n. 4, p. 76-77. 1990. Doi: 10.2307/3426192

MARTÍNEZ, T. **La Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención y evaluación** [doctor's thesis on the Internet]. Oviedo (Espanh): Universidad de Oviedo; 2015 [cited 2021 Oct 03]. Available from: https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/33762/TD_TeresaMartinez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

MARTÍNEZ, T.; MARTÍNEZ-LOREDO, V.; CUESTA, M.; MUÑIZ, J. Assessment of Person-Centered Care in Gerontology Services: A new tool for healthcare professionals. **Int J Clin Health Psychol** [Internet]. v. 20, n. 1, p. 62–70. 2019. Doi: 10.1016/j.ijchp.2019.07.003

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Mudança centrada nas pessoas** [PDF]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2021 Sept 30]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/20171120_LivroSNsProximidade-1.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor** [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 [cited 2021 Oct 03]. Available from: <http://www.aenfermagemeasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/03/Regulamento-do-Perfil-de-Compet%C3%A3ncias-do-Enfermeiro-Gestor-Ordem-dos-Enfermeiros-10-03-2015.pdf>

PAGE, A. (Org.). **Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses** [PDF]. Washington: National Academies Press (US); 2004 [cited 2021 Oct 02]. Doi: 10.17226/10851

PERSEGONA, K.R.; LENART, M.H.; ROCHA, D.L.B. ZAGONEL, I.P.S. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm** [Internet]. v. 13, n. 3, p. 645-650. 2009.

SANTOS, M.C.; GRILLO, A.M. Envolvimento e segurança do paciente: desafios e estratégia. In: Sousa P, Mendes W, editor. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras** [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz; 2019 [cited 2021 Oct 05]; [about 33 p.]. Available from: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2019/09/seguranca-do-paciente--livro-2.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Alma-Ata**. Geneva: WHO; 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde** [PDF]. Genebra: World Health Organization; 2018 [cited 2021 Oct 05]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

CAPÍTULO 13

A SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DIANTE DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

Júlia Grasel
Samuel Spiegelberg Zuge
Letícia de Lima Trindade
Jacks Soratto

INTRODUÇÃO

As melhorias no sistema de saúde no Brasil, após a implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) são notórias, garantindo ampla cobertura e acesso a população aos serviços de saúde. Nota-se o potencial da estratégia ESF por meio da elevação de cobertura populacional que representa. Inicialmente, em 1998, havia 7% da população com acesso à atenção primária, aumentando para 46%, em 2006, e 57%, em 2014 (ALMEIDA, 2014). Em 2018, já existiam 43.741 equipes de Saúde da Família (eSF), representando 64% de cobertura de população brasileira (BRASIL, 2019), que atualmente apresenta uma cobertura de 76,1%. Neste contexto, aponta-se que o Estado de Santa Catarina, têm cerca de 2.363 eSF implantadas, com cobertura populacional superior a 81,5%, estando acima da cobertura atual nacional (BRASIL, 2020).

Frente a estes dados da cobertura, percebe-se um impacto significativo da APS na força de trabalho em saúde, colocando como um dos principais postos de trabalho dos profissionais de saúde do

Brasil. Assim, reitera-se que o trabalho é a identidade do indivíduo, podendo trazer consequências não apenas físicas e financeiras, mas também, um impacto psicológico significativo na qualidade vida desse indivíduo (BRASIL, 2017) e na sua satisfação com o trabalho.

Neste sentido, destaca-se que o ambiente e as condições de trabalho influenciam diretamente no processo saúde-doença e na morbimortalidade do trabalhador, necessitando que os serviços de saúde implementem iniciativas a fim de melhor o ambiente laboral e as condições para o trabalhador desenvolver suas atividades de forma satisfatória. No que tange a satisfação do trabalhador, existe uma relação entre a significação por parte do profissional, e, o valor dela para o indivíduo, à capacidade de adaptação ao conteúdo do trabalho, às relações interpessoais, à qualidade da tarefa prestada, e o bem-estar (DEJOURS, 2015).

Além disso, a significação do profissional pode estar retratada a outras condições que influenciam a satisfação como, ao ambiente de trabalho, as condições econômicas, o estilo de vida, as condições e organização de trabalho e aspectos de cunho individual (DEJOURS, 2015).

A satisfação profissional neste sentido, é diretamente relacionada ao prazer, motivação e reconhecimento no enfrentamento do trabalho. Desta forma, remete-se a significação e ao valor dela ao indivíduo, à capacidade de adaptação ao contexto de trabalho e pelas relações interpessoais estabelecidas (DEJOURS, 2015). Neste mesmo sentido, a satisfação no trabalho ainda pode ter relação com as condições biopsicossociais, boas condições e segurança no ambiente laboral. Além disso, os profissionais necessitam de integração social na instituição para fortalecer uma maior integração entre os trabalhadores, podendo gerar ou influenciar os níveis de satisfação (FARIAS et al., 2019; MILANEZ et al., 2018).

Nesse cenário, é fundamental o desenvolvimento pessoal e profissional daqueles que trabalham no contexto da saúde, para o melhor funcionamento da instituição e, consequentemente do atendimento prestado (BRASIL, 2017). Uma vez que, a satisfação no trabalho tem

interferência no processo saúde-doença dos profissionais, na qualidade do serviço prestado, no ambiente de trabalho e na vida pessoal, tornando-se essencial reflexões sobre a satisfação do trabalhador que atua em ambientes de saúde (TAMBASCO et al., 2017).

No entanto, percebe-se que os profissionais da saúde acabaram sofrendo um impacto significativo no seu ambiente de trabalho, por conta de um novo vírus chamado SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, responsável por quadros respiratórios com a possibilidade de evolução para uma síndrome respiratória aguda grave, aumentando de forma significativa a carga de trabalho, e modificando a dinâmica do processo de trabalho dos profissionais da ESF, que passam por um panorama marcado por instabilidade e precarização das relações de trabalho e que podem influenciar na satisfação destes profissionais. Assim, este capítulo tem o objetivo de identificar a satisfação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em período a pandemia da COVID-19.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo qualitativo, multicêntrico, realizado na ESF de cinco mesorregiões [Criciúma da região Sul, Joinville da região Norte, Blumenau do Vale do Itajaí, Lages da região Serrana e Chapecó da Região Oeste] do Estado de Santa Catarina, no Sul do Brasil.

Foram incluídos na pesquisa, profissionais de saúde [Dentista, Enfermeiro, Médico, Auxiliar odontológico e Técnico em Enfermagem] atuantes nas equipes de saúde. E excluídos os profissionais afastados do trabalho por quaisquer motivos no período da coleta de dados. Primeiramente, foram sorteadas em cada mesorregião quatro UBS com equipe Saúde da Família (eSF). Os critérios para a inclusão dos cenários foram: eSF com classificação acima da média [boa, muito boa e ótima]; segundo avaliação no último ciclo (3º) do Programa Nacional de Melhorias do Acesso e da Qualidade de APS (PMAQ-AB) realizado no ano de 2019.

A coleta de dados aconteceu no período de março a dezembro de 2020 (período pandêmico), sendo utilizadas duas técnicas de coletas: entrevista semiestruturada com questões abertas relacionadas à satisfação profissional; e observação indireta do pesquisador. Inicialmente para coleta de dados organizou-se um planejamento com as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios, bem como com os coordenadores de cada Unidade Básica de Saúde, para que não houvesse interferência no atendimento dos profissionais e na organização da unidade. Na sequência, foram previamente definidas datas em que os pesquisadores (CAS e JG) ficariam a disposição na UBS para realizar a coleta de dados dos profissionais com interesse em participar do estudo. Neste contexto, não foram definidos previamente o número de participantes para a coleta de dados. Essa definição ocorreu a partir da saturação dos dados.

Na etapa da entrevista semiestruturada, foram utilizados gravadores portátil e/ou aplicativo no smartphone particular, na qual iniciou-se pelas questões fechadas, relacionadas ao perfil dos profissionais da saúde, e, posteriormente, apresentadas as questões abertas relacionadas à satisfação profissional. O tempo de gravação foi de 24 horas e 57 minutos, com média 23,4 minutos por entrevista. A segunda etapa da pesquisa contou com a observação indireta dos pesquisadores nas unidades de saúde.

Após a coleta, os dados foram transcritos e inseridos no *software Atlas.ti 9.0* para análise de dados qualitativos.

A fim de garantir o anonimato dos participantes, os sujeitos foram identificados a partir da letra de sua profissão: Dentista (D); Enfermeiro (E); Médico (M); Auxiliar Odontológico (AO); Técnico de Enfermagem (TE), seguido de um número alfanumérico.

A análise de dados foi realizada mediante análise de conteúdo temática, no qual contempla a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos ou inferência e interpretação (BARDIN, 2011; FRIESE, 2019).

Na fase da pré-análise foi realizada a transcrição das entrevistas e das notas de observação em arquivo do *Microsoft Word*. Na fase da exploração do material utilizou-se o *software Atlas.ti 9.0*, com o intuito de alcançar o centro de compreensão da pesquisa, sendo criados os códigos (*codes*) e as categorias ou os grupos de códigos. Esses *codes* foram criados a partir da seleção das citações dos participantes (*quotations*) representados por uma palavra ou por um conjunto de palavras que classificam a fala dos entrevistados. Na fase do tratamento dos resultados obtidos ou inferência e interpretação, buscou-se compreender a relação entre os códigos. Nessa etapa, foram realizadas associações utilizando as ferramentas de análises do software e o estabelecimento das relações entre *quotations*, *codes* e *memos*, agrupando em três categorias, a saber: Identificação com o trabalho; aspectos profissionais; e relação com os usuários

Destaca-se que o projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e cumpridos todos os preceitos éticos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no qual recebeu o parecer nº 3.675.401/2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 64 profissionais da área da saúde, que participaram da pesquisa, a média de idade foi de 38 anos, e do sexo feminino prevaleceu com 87,5%. Em relação a área profissional, 65,6% representam profissionais de enfermagem, 23,4% profissionais da área odontológica e 10,9% da área da medicina.

Tabela 1 - Distribuição da quantidade de citações de acordo com os códigos sobre satisfação no trabalho de profissionais da ESF no período de pandemia da COVID-19, 2021, Santa Catarina – Brasil.

Categorias / Códigos	n	%
Identificação com o trabalho (n = 272 - 48%)		

Categorias / Códigos	n	%
Organização do trabalho / divisão das tarefas na equipe	64	23,5
Identificação com a profissão / atividades ESF	60	22,1
Trabalho em equipe	46	16,9
Condições de trabalho: estrutura e materiais disponíveis para assistência	40	14,7
Condições de trabalho/ carga horária e direitos trabalhistas	23	8,5
Composição da equipe	20	7,4
Reconhecimento profissional por parte do usuário	11	4,0
Reconhecimento profissional por parte da gestão	4	1,5
Identificação com as atividades de gestão/ coordenação	4	1,5
Aspectos profissionais (n = 170 - 30%)		
Boa relação profissional/ equipe	92	54,1
Estabilidade no vínculo de trabalho	25	14,7
Remuneração	23	13,5
Resolutividade profissional	21	12,4
Comodidade/ localização da ESF próxima a residência	9	5,3
Relação com os usuários (n = 125 - 22%)		
Boa relação com usuários	56	44,8
Vínculo com usuários	33	26,4
Longitudinalidade do cuidado	19	15,2
Satisfação do usuário com assistência prestada	17	13,6

Fonte: autores, 2021.

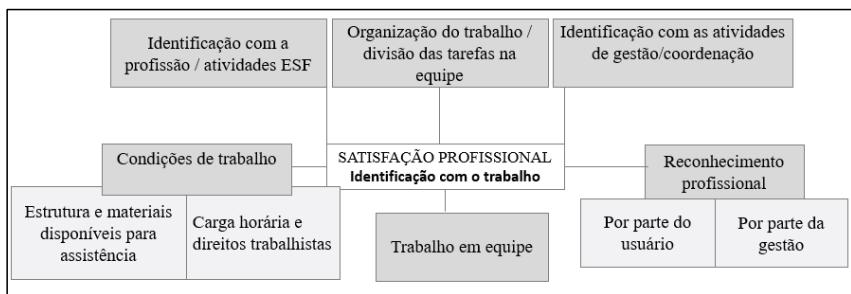
Esses resultados foram estruturados a partir de um processo analítico a partir da satisfação no trabalho da eSF no período da pandemia da COVID- 19, composta por dezoito códigos, as quais agregaram 567 trechos de falas. Assim, mediante a análise dos fatores foi sintetizada três catego-

rias: 1) Identificação com o trabalho; 2) Aspectos profissionais como satisfação dos profissionais da Atenção Primária à saúde; e, 3) Relação com os usuários. A tabela 1 contém o detalhamento quantitativo dos resultados.

CATEGORIA 1 - IDENTIFICAÇÃO COM O TRABALHO

A primeira categoria representa o maior número de *codes*, 48,0%, nos quais destacaram-se como satisfação em tempo de pandemia da COVID-19: organização do trabalho / divisão das tarefas na equipe; identificação com a profissão nas atividades da ESF; trabalho em equipe; condições de trabalho: estrutura e materiais disponíveis para assistência; condições de trabalho/ carga horária e direitos trabalhistas; composição da equipe compôs 20 trechos de fala; reconhecimento profissional por parte do usuário; reconhecimento profissional por parte da gestão; e identificação com as atividades de gestão/coordenação (Figura 1).

Figura 1 – Organograma dos códigos na categoria Identificação com o trabalho em período de pandemia da COVID-19, 2021, Santa Catarina – Brasil.

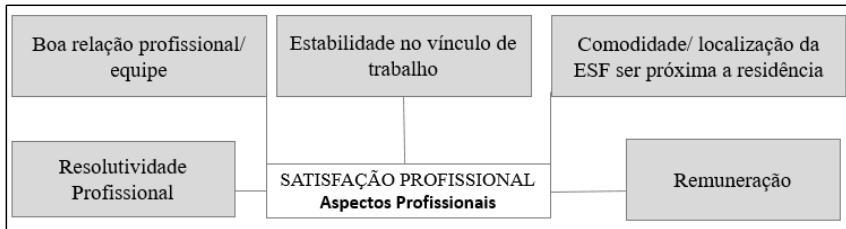


CATEGORIA 2 - ASPECTOS PROFISSIONAIS (ORGANIZAÇÃO/CONDICIONANTES PROFISSIONAIS)

Essa categoria obtém representatividade de 30,0% das respostas e como fator principal de satisfação a boa relação profissional/ equipe contemplada, estabilidade no vínculo de trabalho, remuneração,

resolutividade profissional e a comodidade/ localização da ESF ser próxima a residência (Figura 2).

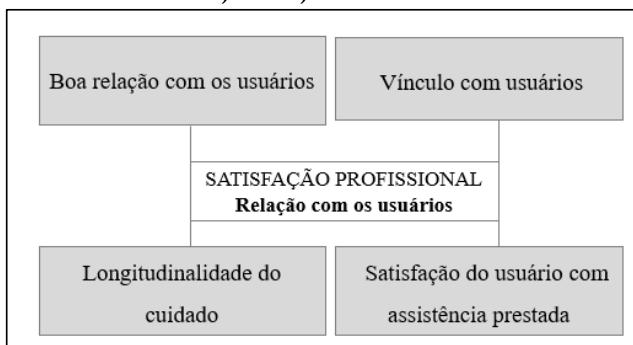
Figura 2 - Organograma dos códigos na categoria aspectos profissionais em período de pandemia da COVID-19, 2021, Santa Catarina – Brasil.



CATEGORIA 3 – RELAÇÃO COM OS USUÁRIOS

A terceira categoria contempla (22.0%) com os seguintes registros como satisfação profissional em período de pandemia da COVID-19; boa relação com usuários; vínculo com usuários; longitudinalidade do cuidado; e satisfação do usuário com assistência prestada (Figura 3).

Figura 3 – Organograma dos códigos na categoria relação com os usuários em período de pandemia da COVID-19, 2021, Santa Catarina – Brasil.



Ao avaliar a satisfação dos profissionais da ESF em período de pandemia da COVID-19, percebe-se a satisfação como um fenômeno complexo com dimensão subjetiva, que tem forte relação com características e condi-

ções relacionadas ao processo de trabalho. Neste contexto, os aspectos que potencializam a satisfação nos profissionais atuantes na ESF, tem relação com a identificação com o trabalho, no qual envolve questões estruturais e organizacionais do trabalho; com os aspectos profissionais, envolvendo principalmente as questões trabalhistas, e por fim as relações com os usuários.

A satisfação quando atrelada a identificação com o trabalho, tem maior representatividade em relação as condições de trabalho entre a equipe, no qual permeia o engajamento do profissional no serviço. Por isso deve ser visto como importante ponto na qualidade das ações, uma vez que o processo do trabalho em equipe pode refletir no serviço prestado. A comunicação adequada e positiva entre os colegas de trabalho possibilita que os profissionais se sintam mais satisfeitos, diminuindo a tensão, assim a comunicação eficaz com os pacientes também influencia na satisfação do profissional. Outro aspecto de satisfação está na capacidade do estabelecimento de boas relações no trabalho, pois trabalhar não é apenas produzir, é também conviver. O estabelecimento de boas relações no trabalho oportuniza satisfação, e para que isso se efetive tem-se a necessidade da cooperação.

A interação multiprofissional e a organização das equipes têm forte influência nas condições laborais e interferem diretamente no processo de trabalho do profissional em saúde. Além disso, identificou-se que os profissionais necessitam de boas condições de organização na unidade de saúde, divisão do trabalho, identificação com as atividades desenvolvidas, para gerar satisfação e motivação aos profissionais (FARIAS et al., 2019). Desta forma, refletem no engajamento e processo de trabalho do profissional no serviço, por isso deve ser visto como importante ponto na qualidade das ações (TAMBASCO et al., 2017).

Além disso, foi evidenciado que as relações dos profissionais com os usuários potencializam a satisfação no trabalho, uma vez que a satisfação está permeada pela boa relação e vínculo entre profissional e usuários, a longitudinalidade do cuidado, e na satisfação do usuário pela assistência prestada.

A construção do vínculo entre o usuário e profissional traz respon-

sabilização e comprometimento com os amplos aspectos relacionados à vida do usuário, gerando resolutividade e longitudinalidade do cuidado (SORATTO et al., 2018; STAHLER et al., 2019). Assim, oportunizar a interação e envolvimento dos usuários com os profissionais oportuniza a construção de conhecimento técnico. Esse movimento contribui para aperfeiçoar os processos de organização dos serviços de saúde, as ações de planejamento em saúde, a tomada de decisão em nível de gestão, tornando-se satisfatório para os profissionais e para a população (FURLA-NETTO et al., 2020; SORATTO et al., 2020).

Por fim, a satisfação profissional está diretamente correlacionada as relações estabelecidas em seu ambiente de trabalho, tanto com outros profissionais como com os usuários pertencentes a área adstrita. Desta forma, faz-se necessário que os modelos de gestão da APS adotem estratégias a fim de contribuir para a melhora destas relações, por meio de atividades de integração ensino-serviço e melhora da satisfação profissional.

Constatou-se uma evolução na atenção à saúde por meio da APS, sendo que seu modelo de assistência permite uma organização e divisão do trabalho entre os profissionais de saúde, além de possibilitar a troca de conhecimentos e o estabelecimento das relações profissionais. A boa relação entre os indivíduos da equipe, comunicação entre profissionais e segurança na integração social dentro da instituição são aspectos favoráveis à satisfação profissional. (FARIAS et al., 2019). Neste sentido, as relações que se estabelecem no local de trabalho, e a possibilidade de desenvolver um trabalho coletivo e integrado com os demais membros da equipe possibilita o funcionamento adequado do serviço de saúde, além de auxiliar os profissionais em tomadas de decisão resolutivas (SORATTO et al., 2020).

Destaca-se que o trabalho em saúde é construído na coletividade, na interdisciplinaridade e nas relações estabelecidas. É necessário, portanto, investir em estratégias que favoreçam o trabalho em equipe com base na troca de saberes, na busca por um cuidado integrado, resolutivo e educativo (MENDES et al., 2020).

O processo de trabalho na APS sofreu alterações significativas em

decorrência da pandemia da COVID-19, desta forma, salienta-se da necessidade em esclarecimento, entendimento e compreensão da temática sobre a satisfação de profissionais da APS aos profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde, uma vez esta condição de bem-estar reflete no processo de trabalho, qualidade e resolutividade nos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este estudo, percebeu-se que os aspectos que contribuem para satisfação no trabalho em período de pandemia, estão, majoritariamente, vinculados às relações que se estabelecem, às condições e organização no desenvolvimento do trabalho e o trabalho em equipe, assim como, com a relação com os usuários. Desta forma, torna-se essencial o investimento no cuidado e na valorização do trabalhador, repercutindo na melhoria da assistência prestada.

Além disso, com o intuito de melhorar a satisfação dos profissionais, torna-se necessário o investimento no setor saúde para fortalecimento da ESF, buscando melhorar os processos de formação, capacitação e qualificação dos profissionais. Sugere-se, ainda, o desenvolvimento de novos estudos que contemplam esta temática, uma vez que se percebe que o processo de trabalho na ESF sofreu alterações em decorrência da pandemia da COVID-19, sendo que o entendimento sobre estes aspectos, permitirá a melhora da motivação, o prazer e a satisfação dos profissionais de saúde no seu contexto de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. **Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul:** Atenção Primária à Saúde no Brasil. Isags, Unasur, p. 88, Rio de Janeiro, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 Set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Atenção Básica - AB E- gestor.** Brasília, DF. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico de cobertura da Saúde da Família.** Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) Brasília - DF. 2020. [acesso 2021 abril 5]. Disponível em: e-Gestor AB (sauda.gov.br).

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

FARIAS, M. R. O Significado do Trabalho para os Profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Psicol. Divers. Saúde.** v. 8, n. 2, p. 167-178, 2019. Doi: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v8i2.2350>

FRIESE, S. **Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti.** London: Sage, 2019.

FURLANETTO, D. L. C. et al. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 25, n. 5, p. 1851-61, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>

MENDES, M. et al. Workloads in the Family Health Strategy: interfaces with the exhaustion of nursing professionals. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 54, p. 1-9, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019005003>

MILANEZ, T. C. M. et al. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirigidas. **Cad. Saúde Colet.** v. 26, n. 2, p. 184-190, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800020246>

SORATTO, J. et al. Job satisfaction and dissatisfaction among family health strategy professionals in a small city of Southern Brazil. **Rev. CEFAC.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 69–78, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820111117>

SORATTO, J.; et al. Satisfação dos profissionais da estratégia saúde da família no Brasil: um estudo qualitativo. **Texto & contexto enferm.** v. 29, p. 1-12, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0104>

STAHLER, P. M.; BORGES, A. M.; PAULI, L. T. S. 25 anos de enfermagem na UNISC [recurso eletrônico]: conhecimento e produção científico-acadêmica / formação de vínculo na atenção básica – EDUNISC, Santa Cruz do Sul. v.1, p. 4351, 2019.

TAMBASCO, L. P. et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, v. 41, n. spe2, p. 140–151, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S212>

CAPÍTULO 14

GESTÃO DO TRABALHO: LESÃO POR PRESSÃO COMO INDICADOR DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Taciana Raquel Gewehr

Cristiane Baretta

Alexsandra Martins da Silva

Maria Elena Echevarra Guanilo

Rosana Amora Ascari

INTRODUÇÃO

Por muito tempo a gestão e assistência em enfermagem foram consideradas pela enfermagem como atividades distintas. No entanto, na atualidade, é uma prática cada vez mais unificada, em grande parte devido às disciplinas de formação para a administração dos serviços de saúde, que buscam a articulação entre o assistir e gerir, nas diversas áreas de atuação do enfermeiro. Essa aproximação gera condições para um cuidado com maior qualidade e efetividade, relevante para enfermagem contemporânea (SOARES et al., 2017).

Não obstante, o gerenciamento em saúde é uma atividade dinâmica e complexa que exige um trabalho conjunto e articulado para a oferta de um ambiente seguro e de qualidade, que deve considerar tanto as condições de saúde da população atendida como as condições de trabalho ofertadas nas instituições. Para tal, faz-se necessária avaliações periódicas e de reconhecimento dos diferentes contextos e do processo de trabalho, de forma coletiva, para garantir os avanços necessários no quesito da segurança do serviço prestado e consequentemente na segurança do paciente (CEDRAZ et al., 2018).

O trabalho em saúde e o trabalho de enfermagem produzem ações na interação profissional e para com o indivíduo cuidado, ou seja, no momento da assistência aos sujeitos, na individualidade ou na coletividade. Diferem-se dos outros setores por ter como objeto de trabalho o ser humano, que traz ao serviço suas demandas, transformando o trabalho um processo constante de trocas (KURCGANT, 2016).

Nesse sentido, Krauzer et al., (2018) afirmam que as ações desenvolvidas no trabalho em saúde se completam no momento de sua realização. Em geral, como uma produção não material, o que impossibilita comparações do que foi produzido. O processo de trabalho de enfermagem tem a singularidade de ser compreendido como processo de cuidar ou de assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar, e cada qual desses com seus próprios elementos.

A divisão de trabalho na época de *Florence Nightingale*, existiam as chamadas *nurses* e *ladies nurses*, as quais desenvolviam, respectivamente, atividades gerenciais e assistenciais. Na contemporaneidade, observamos uma aproximação entre o gerenciar e assistir, em que ambos se complementam (SOARES et al., 2017).

A gestão em enfermagem é uma atribuição complexa que acontece em todos os espaços de atenção à saúde, onde o enfermeiro desenvolve atreladas às competências de gerenciamento e administração do cuidado. Outrossim, a gestão e a assistência de enfermagem são fundamentais no cotidiano laboral dos profissionais, e objetivam a qualidade de atenção à saúde (SOARES et al., 2017).

O contexto das instituições de saúde é multifacetado, envolve elementos humanos, diferentes situações e a organização do trabalho. Existem diferentes formas entre o gerenciar o trabalho e os modos de realizar o trabalho, o movimento é contínuo, e deve-se também considerar o fazer e o pensar dos trabalhadores. Para compreendermos o processo como um todo, este deve perpassar o que está escrito, o que está nos protocolos, devemos considerar a força humana por trás do cuidado, às condições de trabalho, as organizações individuais e coletivas, o indivíduo e a família (SIMAN et al., 2019).

A prática do gerenciamento do cuidado no trabalho do profissional enfermeiro assume uma perspectiva desafiadora no que tange a segurança e a qualidade do mesmo. O desafio no contexto real, está envolto por uma condição complexa, multi e interdisciplinar, a qual demanda planejamento coletivo e ao mesmo tempo, compartilhado pelos membros da equipe de saúde, para que a assistência seja cada vez mais adequada à necessidade do paciente/família, garantida a segura e qualidade (SIMAN *et al.*, 2019).

No cenário, da gestão e assistência de enfermagem, entre os temas de grande preocupação encontram-se as lesões por pressão, devido a sua alta incidência em pacientes hospitalizados e por estarem classificadas como um evento adverso.

No Brasil, em 2018 foram notificados 19.297 lesões por pressão dos pouco mais de 103 mil eventos adversos notificados (BRASIL, 2019), o que demanda a adoção de ações de segurança ao paciente. A prevenção, o tratamento e a reabilitação de indivíduos com lesões de pele constituem atribuições da equipe multiprofissional de saúde, em especial do enfermeiro. A LP e a sua prevenção são consideradas importantes indicadores de qualidade e são classificadas em eventos adversos evitáveis (FURTADO *et al.*, 2019).

Considerando a experiência das autoras, é fundamental monitorar os pacientes que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão, avaliar a lesão para a seleção do tratamento mais indicado, além de efetivar o registro da avaliação e da conduta em prontuário. Ademais, a prevenção se constitui em grande desafio para o cuidado de saúde, devido aos elevados custos financeiros e emocionais para os pacientes, familiares e para as organizações de saúde (BRASIL, 2017).

GESTÃO DO TRABALHO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) organiza a Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com os preceitos do Sistema Úni-

co de Saúde (SUS), reconhecendo seu território e seu público. O enfermeiro integra a equipe de saúde da família (eSF), juntamente com médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, e oportuniza-se de tecnologias, equipamentos e materiais dos quais faz uso no seu cotidiano de trabalho em suas relações interpessoais, capaz de garantir uma atenção integral e humanizada. Neste âmbito, desempenha diferentes atividades de cunho educacional, gerencial e assistencial, cada vez mais importantes (SOUZA et al., 2020).

O modelo de organização a partir do território permite uma maior aproximação e reconhecimento das condições de vida e saúde da população adstrita, criando uma demanda por assistência que traz à tona a necessidade de repensar o processo de trabalho. A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS e um dos mais valiosos no que tange o respeito às necessidades específicas de cada indivíduo e coletividade conjugando as ações direcionadas à saúde como direito e como serviço (FARIA, 2020).

A prevenção e o tratamento de lesão por pressão (LP) são um desafio aos profissionais de saúde, tanto na atenção hospitalar como na atenção básica, que buscam melhorar a qualidade de vidas dos pacientes, bem como prevenir naqueles que possuem fatores de risco. Segundo Augusto, Moreira e Alexandre (2017) as lesões por pressão são consideradas um problema de saúde pública e para sociedade em geral, gerando retardo na alta hospitalar e consequentemente o aumento de custo para as instituições de saúde intra e extra hospitalar, com prejuízos à qualidade de vida dos pacientes. Frente ao exposto, o problema não afeta só os pacientes, mas toda a família que na maioria das vezes não se encontra preparada para realizar cuidados específicos, tais como, a troca de curativos, mudança de decúbito, uso correto de dispositivos fornecidos pela eSF, cuidados com a nutrição adequada, acompanhamento da evolução/involução da lesão, entre outros.

A LP envolve múltiplos fatores e é necessário o trabalho e esforço de todos os membros da equipe multiprofissional para sua prevenção e tratamento. Na maioria das vezes, é o enfermeiro que avalia

o indivíduo e a lesão por pressão, indicando medidas preventivas, terapias e cuidados necessários. Ao trabalhar de forma interdisciplinar, a equipe multiprofissional pode contribuir significativamente para reduzir eventos adversos e complicações (SOUZA; LOUREIRO; BATISTON, 2020).

Ainda, conforme Black (2014), a lesão por pressão está relacionada a diversos fatores que interferem no processo de cicatrização, como pacientes com mobilidade prejudicada, acamados, desnutridos, diabéticos com taxas de glicose aumentada e hipertensos com pressão arterial descontrolada.

A assistência à pacientes com LP é um processo que envolve várias dimensões. Cabe ao enfermeiro, interagir e buscar soluções, produzindo novos saberes e práticas em seu cotidiano. Nesse sentido, a prática baseada em evidências deve ser um dos pilares para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade e segura (SOARES et al., 2017). A sistematização do cuidado desenvolvido pela enfermagem, aparece como um elemento central, potencializador de ações de prevenção de LP, tanto no âmbito hospitalar quanto na APS, conferindo qualidade da assistência.

Dessa forma, torna-se imprescindível trabalhar na integralidade do sujeito, a fim de atender as necessidades de saúde, facilitando o processo de cicatrização e o manejo adequado de tecnologias aplicadas para melhoria na qualidade de vida dos pacientes. As considerações descritas anteriormente já nos fornecem alguns subsídios para estarmos atentos aos indivíduos que apresentam algum fator de risco para o desenvolvimento de LP e, assim, atuar de forma mais efetiva na prevenção. Outro aspecto relevante para a prevenção é o perfil epidemiológico das pessoas que apresentam potencial para desenvolver as LP.

As LP juntamente das quedas estão entre os eventos preconizados pelo Brasil como metas de segurança do paciente desde 2010, cuja promoção deve estar pautada em ações de gerenciamento de riscos e incorporação de boas práticas baseadas em evidências científicas. O reconhecimento do perfil epidemiológico a ser atendido bem

como seus principais fatores de risco são subsídios para priorização de ações de enfermagem, para garantia de qualidade e segurança na assistência (CEDRAZ et al., 2018).

São escassos os países que possuem leis específicas sobre a qualidade dos serviços de saúde e a segurança do paciente, pois apesar de não serem específicas sobre estas questões, preveem de forma genérica. Ao respeito, salienta-se que o Brasil integra, junto de outros países, integra a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004. Dessa forma, assumiu o compromisso de instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde a partir da Portaria nº 529 e da Resolução RDC nº 36, (Brasil, 2013), propõem ações para que os serviços de saúde assegurem segurança do paciente por meio de protocolos, guias e manuais, incluindo foco na prevenção de LP e redução do risco de quedas como metas internacionais para a segurança do paciente (MENDONÇA et al., 2018). Contudo, há uma falsa interpretação de que a referida resolução se aplica à ambientes hospitalares, quando o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde da Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A segurança do paciente substancialmente estrutura a avaliação da qualidade dos serviços de saúde cujo objetivo principal é de reduzir a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente. Envolve-se de um processo contínuo, sistematizado, educativo, avaliativo e analítico de eventos adversos e situações de risco. Para tanto, tem sido um assunto bastante discutido, pois a necessidade de manter um ambiente assistencialmente seguro considerando as reais necessidades dos indivíduos é um grande desafio (SIMAN et al., 2019).

As LP são definidas como danos localizados na pele e/ou no tecido mole subjacente do paciente, que frequentemente ocorrem

sobre uma proeminência óssea ou estão relacionadas a equipamentos médicos ou outro tipo de dispositivo (NPUAP, 2016).

Uma das formas de prevenir LP é a avaliação dos pacientes com a identificação dos indivíduos que necessitam de prevenção, bem como, a identificação de fatores específicos que os coloquem em situação de risco. Assim, a implantação da estratégia de avaliação e acompanhamento do paciente, possibilita identificar os indivíduos com maior potencial para desenvolver LP. E nesse contexto de prevenção de LP, é fundamental uma boa comunicação entre serviços de saúde que compõe a RAS.

O profissional enfermeiro, durante o exame físico, deve estar atento a alterações na integridade da pele, avaliar as lesões, suas texturas, aspectos e distribuição entre outros dados do exame físico completo, norteador do plano de cuidados, para planejamento das ações de prevenção e tratamento de lesões por pressão, bem como verificação dos objetivos das intervenções de enfermagem (SOUZA et al., 2020).

O trabalho em equipe sistematizado e organizado, construído conjuntamente por diferentes saberes e habilidades garantem a melhoria dos desempenhos das equipes e auxiliam na diminuição dos danos preveníveis e eventos adversos (SIMAN; BRITO, 2016).

Nesse cenário, é imprescindível o engajamento de todos os profissionais que prestam assistência direta ou indireta aos pacientes, mas principalmente o enfermeiro, sendo ele a referência da equipe de enfermagem e possuidor de conhecimentos técnicos-científicos, para alcance das metas e objetivos propostos. Há necessidade de fortalecer as interações entre as equipes e suas ações, nos quais todos se tornem protagonistas na transformação da prática social com foco na segurança do paciente, com compromisso ético e político, a fim de desenvolver práticas cada vez mais seguras (SIMAN et al., 2019).

Os estudos relacionados às transformações nas práticas de enfermagem ocorridas que envolvem a temática da segurança do paciente são ainda muito recentes, mas se fazem muito necessários para implantação de uma cultura de segurança do paciente e de melhoria de qualidade cada vez maior (SIMAN; BRITO, 2016).

Segundo dados da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) citado pelo Ministério da Saúde (2013) nos Estados Unidos a prevalência é de 15% sendo que a incidência é de 7%. Já no Reino Unido casos novos de lesão por pressão varia entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospitais. A subnotificação de LP tem sido apontada na literatura (Tauffer et al., 2019), tornando difícil a gestão deste agravio no país, devido à falta de dados estatísticos e epidemiológicos precisos.

Nesse sentido, os registros de enfermagem fornecem dados que subsidiam o enfermeiro na realização do plano de cuidados, sendo fundamental para o desenvolvimento do processo de enfermagem, o qual deve conter informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados (COFEN, 2016).

Considera-se que o registro de enfermagem o mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem e deve conter a descrição das evidências sobre os cuidados prestados e com terminologia padrão (LI, 2016).

Considerando o grande impacto das LP na vida dos indivíduos e no custo em saúde, recomendamos que cada serviço implemente medidas preventivas, defina a forma de avaliação, tratamento e registro das LP, bem como fortaleça a cultura de segurança por meio da notificação de LP para acompanhamento desse indicador de saúde, uma vez que estas medidas podem contribuir significativamente para a uniformização de condutas para minimizar o impacto negativo que este agravio representa aos serviços de saúde.

PRÁTICAS PREVENTIVAS

Em um estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva (UTI), pressupõe-se que a ocorrência de lesão por pressão esteja diretamente relacionada aos cuidados preventivos que poderiam evitar estas mesmas lesões, por meio de um exame físico completo e criterioso feito pelo enfermeiro a fim de avaliar a integridade da pele

e classificar risco para LP, podendo utilizar escalas de risco como BRADEN e NORTON, para assim prescrever os cuidados preventivos necessários (MENDONÇA et al., 2018).

O exame da pele diariamente deve ser prática rotineira nos serviços de internação, pelo profissional enfermeiro, sendo a partir dele a aplicação de escalas para avaliação de risco de LP que norteiam as medidas preventivas, prática baseada em evidências, que subsidiam os protocolos assistenciais. A avaliação deve considerar aspectos relacionados a hidratação, mudanças de pH, perda de água transepidermica, descamação, elasticidade, microcirculação, coloração cutânea, temperatura, sebo cutâneo ou ainda suor, as quais sofrem alteração no decorrer das distintas etapas de desenvolvimento, e suas alterações, podem ainda se apresentar mais exacerbada frente às distintas condições de saúde das pessoas.

Desta forma, a prevenção e o tratamento das LP em pacientes com riscos deve ser uma atribuição da equipe multiprofissional, no que compete a cada profissional contribuir com suas especificidades para garantir conforto e o sucesso no tratamento (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO/HOSPITAL DE CLÍNICAS).

Por vezes observa-se que a avaliação clínica completa da pele não estava em consonância com a anamnese, integrante do Processo de Enfermagem e que em alguns casos fica evidente a utilização de escalas para estratificação de risco, estadiamento ou caracterização das lesões por diferentes ferramentas (TRISTÃO et al., 2020). A padronização de instrumento de avaliação no serviço de saúde facilita a identificação do risco para LP.

As principais ações da equipe de enfermagem na prevenção de LP, segundo estudo desenvolvido por Mendonça et al., (2018) foram a mudança de decúbito, curativos especiais em proeminências ósseas, trocas de fixação de cateteres, inspeção da pele, manutenção da pele limpa, seca e hidratada, rodízio de sensor de oxímetro, cabeceira elevada a 30 graus, entre outros. Sendo a mudança de decúbito a mais encontrada nas prescrições de enfermagem e com maior relação a

redução do risco de LP (MENDONÇA et al., 2018).

O reposicionamento do paciente deve ser realizado ou supervisionado pelo enfermeiro, com garantia de registros adequados por toda equipe de enfermagem, sendo o uso de relógio de posicionamento uma estratégia recomendada.

Embora as coberturas especiais sejam comumente utilizadas para prevenção de LP, estudo aponta a falta de registro de enfermagem da prescrição das mesmas, sendo esta a segunda maior relação entre ação e ausência de LP, o que torna-se imprescindível o registro adequado nos prontuários dos pacientes oportunamente (MENDONÇA et al., 2018).

O registro em saúde é estratégico para decisão clínica e gerencial, para pesquisa e formação profissional, sendo considerado critério de qualidade da prestação de serviços, sendo que novamente o enfermeiro desempenha papel primordial no que tange o processo de melhoria da avaliação das intervenções, direcionamento das ações em saúde pela equipe e atualização da mesma, a partir da otimização de recursos educacionais e do processo de trabalho (CEDRAZ et al., 2018).

FERRAMENTAS DE GESTÃO

A educação permanente propicia um espaço de crescimento profissional, principalmente técnico-científico, tendo em vista que muitos enfermeiros reconhecem o exercício de suas atribuições no cuidado ao paciente com LP mas que a falta de conhecimento implica diretamente na qualidade do cuidado prestado ao paciente, sendo este espaço uma garantia de qualificação para auxílio na tomada de decisão clínica e planejamento de ações para prevenção de LP, reduzindo incidência e promovendo melhoria da qualidade do cuidado prestado (SOARES et al., 2017).

Nesse mesmo sentido, os protocolos assistenciais de enfermagem aparecem como principal instrumento qualificador do cuidado e facilitador da gestão. Auxiliam na organização do processo de trabalho uma vez que direcionam as condutas e otimizam os espaços e recur-

sos disponíveis, na perspectiva da integralidade, devendo ser flexíveis e adaptáveis à realidade de cada paciente (SOARES et al., 2017).

Os protocolos se tornam instrumentos que incorporam qualidade ao cuidado e orientam o processo de trabalho, servem de apoio para o planejamento do cuidado e para sistematização, bem como para padronização das práticas de enfermagem (SOARES et al., 2017).

A falta de padronização das ações ligadas ao cuidado no que se refere às LP dificultam as condutas e também o desenvolvimento de uma assistência de qualidade. Sendo este um problema de saúde pública que se agrava tanto assistencial quanto administrativamente, e que está diretamente relacionado ao processo assistencial e a segurança do paciente, faz-se necessária operacionalização de condutas organizacionais (SOUZA; LOUREIRO; BATISTON, 2020).

Além da utilização dos protocolos, as fases de aplicação e avaliação devem ser implementadas e constantemente sistematizadas na prática dos profissionais de saúde, a fim de sensibilizá-los com ações permanentes e constantes. A inclusão de rotinas, número de trabalhadores, gravidade das pessoas atendidas, entre outros aspectos deverão ser contemplados, tornando os protocolos condicentes com a realidade da instituição em que os mesmos serão executados.

Estudo desenvolvido por Tristão et al., (2020) sugere uma prática baseada em evidências com vistas a fundamentar ações e cuidados de enfermagem, garantindo assistência de qualidade. Para tal, faz-se necessária a padronização e adoção de protocolos que alicerçem os cuidados de enfermagem no cotidiano das práticas em LP, respaldando o profissional na tomada de decisão.

Haja vista, investir em ações de educação permanente aos profissionais e construção de ferramentas para sistematização do cuidado e assistência auxiliam na prevenção, melhora o grau de entendimento para gerenciamento e manejo das lesões, na perspectiva de seus impactos no paciente e aos serviços de saúde (TRISTÃO et al., 2020).

A prevenção de LP é um processo que exige conhecimento e prática, e despendimento de tempo e recursos dos profissionais, mas

não se compara aos custos de tratamento de uma LP já instalada, com seus danos ao paciente e ao sistema de saúde.

Conforme Souza; Loureiro e Batiston (2020), a educação permanente reforça a necessidade de se refletir sobre as práticas diárias e sobre o processo de trabalho, buscando ferramentas que auxiliem na mudança de paradigmas, sendo uma medida segura e viável para melhoria desses indicadores. A implantação de protocolos e uso de diretrizes de prevenção fortalecem a assistência prestada, que consequentemente leva a redução de ocorrência e complicações de LP.

A aplicação de instrumentos de avaliação de risco para desenvolvimento de LP, como as escalas já validadas e recomendadas para uso, interferem na qualidade da gestão da assistência e recursos humanos, resultando no cuidado seguro ao paciente (SOUZA; LOUREIRO; BATISTON, 2020).

A utilização de instrumentos para avaliar o risco de pacientes desenvolverem LP é um auxílio para a prevenção bem como associados a protocolos específicos de conduta organizados pelas instituições. A literatura sinaliza a usabilidade de diferentes escalas para avaliar as LP, a sabe: Escala de Norton, Escala de Braden, Escala de Waterlow, Escala de Sunderland e Escala Revista de Cubbin & Jackson. No entanto, a escala preditiva mais utilizada entre os enfermeiros é a escala de Braden (SALGADO et al., 2018). Contudo, a equipe deve estar ciente de que a aplicação de uma escala, pressupõe avaliação constante do indivíduo, não sendo evento único e isolado, sendo que os dados gerados a partir do registro de enfermagem devem ser avaliados periodicamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em saúde é complexo e resulta da integração do conhecimento teórico e da técnica com a sensibilidade humana, utilizados de forma concomitante, por meio do emprego de diversas tecnologias. E nessa relação entre racionalidade e subjetividade, emergem diferentes possibilidades de construção de instrumentos, técnicas e

novos saberes, que fortaleçam e qualifiquem o cuidado em saúde.

Percebe-se que a articulação entre a boa gestão em saúde e o gerenciamento de enfermagem, de forma a garantir condições adequadas de trabalho, aliado à educação permanente, se tornam elementos essenciais para qualidade dos processos assistenciais. O uso de instrumentos organizados para a avaliação do paciente com risco para LP, aliado à expertise clínica do profissional, qualifica o cuidado e o trabalho do enfermeiro, auxilia na redução de incertezas, organiza condutas preventivas e permite visualizar os resultados que se deseja alcançar.

Em contra partida, a ausência de implantação do Processo de Enfermagem nos serviços de saúde e a fragilidade de registros cotidianamente encontrados nos prontuários dos pacientes, são limitadores para a gestão no gerenciamento de indicadores de segurança.

As LPs são consideradas eventos adversos (EAs) e fazem parte do contexto de segurança do paciente por serem agravos evitáveis. Quando recorrentes, podem indicar problemas de ordem assistencial. Nesse sentido, destaca-se que o gerenciamento do cuidado ao paciente com risco de desenvolver LP ou com lesão já instalada é de extrema importância por ser um evento que causa impactos individuais, sociais e econômicos.

Recomenda-se ao profissional enfermeiro, fazer uso de ferramentas de gestão que promovam o planejamento do cuidado, como protocolos assistenciais, implementando formas de cuidado e agregando valor ao seu processo de trabalho, de forma segura e eficaz.

A continuidade de processos educativos que possam aprimorar o uso das ferramentas de gestão adotadas e o planejamento para o repasse desse conhecimento aos novos profissionais que passam a integrar à equipe de trabalho, devem formar parte da gestão do cuidado.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, V.G.; MOREIRA, M.P.; ALEXANDRE, S.G. **Lesão por pressão: avaliação dos custos do tratamento em idosos atendidos em domicílio na saúde suplementar.** Estima, v. 15, n. 3, p. 139-144, 2017.

BRASIL. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES No 03/2017 Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde. Outubro/2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-no-03-2017.pdf/view>. Acesso em: 7 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 20. Incidentes relacionados à assistência à saúde – 2018. Brasília. Anvisa. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-20-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2018.pdf/view>. Acesso em: 10 de jan. de 2022.

CEDRAZ, R.O. et al. Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Escola Anna Nery**, v.22, n. 1, p. e20170252, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0252>. Acesso em: 31 ago. 2021.

COFEN. Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Pron-tuário do Paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

FARIA, R.M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPS-TwLfYWpRhg5z/?format=pdf&lang=pt>

FURTADO, A.F.; MARCONDES, L.; LENHANI, B.E.; BATISTA, J. **Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre lesões por pressão: desafio para a segurança do paciente.** **Rev baiana enferm.** v. 33, n. 34425, 14 p. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/34425/20726>. Acesso em: 10 jan. 2022.

KRAUZER, I.M. et al. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em Enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. e-1087, 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1087.pdf>. Acesso em: 31 ago 2021.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 3^a. Ed. 2016. Disponível em: <https://app.mnhabiblioteca.com.br/#/books/9788527730198/>. Acesso em: 06 mar. 2022.

LI, D. A relação entre fatores de risco de úlcera por pressão, incidência e

documentação de enfermagem em pacientes com úlcera por pressão adquirida em hospitais em unidades de terapia intensiva. **Journal of Clinical Nursing**, v. 25, p. 15-16, 2016.

MENDONÇA, P.K. et al. Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. e4610017, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004610017>. Acesso em: 31 ago. 2021.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury** [Internet]. 2016 [cited 2016 Out 9]. Available from: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

SALGADO, L.P. et al. Escalas Preditivas utilizadas por enfermeiros na prevenção de Lesão por pressão. **Revista Eletrônica do CESVA**. Saber Digital, v. 11, n. 1, p. 18 - 35, 2018. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/468/349> Acesso em: 04 fev. 2022.

SIMAN, A.G. et al. Desafios da prática na segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1581-1588, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SIMAN, A.G.; BRITO, M.J.M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. esp., p. e68271, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SOARES, R.S.A. et al. Significado do protocolo de úlcera por pressão: qualificando a gerência do cuidado do enfermeiro. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 3, p. 19-24, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/859>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SOUZA, E. et al. Avaliação e tratamento de lesões por pressão na estratégia saúde da família. **Revista de Enferm UFPE on line**, v. 14, p. e243522, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243522/34382>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SOUZA, M.C.; LOUREIRO, M.D.R.; BATISTON, A.P. Cultura organizacional: prevenção, tratamento e gerenciamento de risco da lesão por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, p. e20180510, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nTWn65rm7y3YyFwV-9dXpd8x/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 31 ago. 2021.

TAUFFER, J. et al. Perfil epidemiológico das lesões por pressão em um hospital escola no Oeste do Paraná. **Revista de Administração em Saúde**, v. 19, n. 77, p. 189-189, 2019. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/189/309>. Acesso em: 11 abr. 2021.

CAPÍTULO 15

CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DOS GRUPOS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Bruno Huffel de Lima

Elizangela Felipi

Márcia Luíza Pit Dal Magro

Marta Neckel Menezes

INTRODUÇÃO

Com a psicanálise, Freud preconizava um tratamento psíquico, que elegia a conversa entre o analista e seu analisando, como recurso central da terapêutica. Conforme alude Mezan (1996) em sua obra “*Psicanálise e Psicoterapia*”, “a psicoterapia diferenciava-se assim das outras formas de tratamento porque buscava influir sobre o psíquico por meios psíquicos, e não por meios diretamente corporais”. Nesta ocasião, ocorria o batismo de um movimento que, atribuía aos males do corpo, não somente causas orgânicas e biológicas - apreciadas pelo fazer médico -, mas à gênese psíquica, fundante da psicanálise (ZIMERMAN, 2008). O objetivo da terapêutica psicanalítica para Mezan (1996) “não é eliminar os sintomas, mas modificar em profundidade toda a estrutura psíquica cujo funcionamento origina e mantém aqueles sintomas” (p. 98). A psicanálise possibilita, nessa perspectiva, uma forma de cuidado em saúde mental centrado nas tecnologias relacionais (MERHY, 2002), em que a fala ocupa lugar de destaque na terapêutica adotada, ao invés dos medicamentos psicotrópicos.

Com base na psicoterapia psicanalítica de grupo, no ano de 2012, constituiu-se em Chapecó-SC, uma proposta para atendimento em saúde mental, de forma grupal denominada Grupos de Desenvolvimento Humano (GDH). A proposta do GDH nasceu das dificuldades dos Centros de Saúde da Família (CSF) no atendimento às demandas de saúde mental, ganhando relevância especialmente na Atenção Básica (AB), com o envolvimento de diferentes profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Básica (NASF-AB) e das Estratégias de Saúde da Família (ESF). Apesar do destaque para a AB, esta ação envolve diferentes serviços da Rede de Saúde como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e outras políticas públicas como Assistência Social e Educação.

A proposta do GDH se inscreve no âmbito da Educação Permanente em Saúde, contando com um processo de formação que inclui estudos teóricos, técnicos e supervisões, bem como suporte emocional para os profissionais. Também se pauta no matriciamento em saúde, em que o profissional especialista em saúde mental presta suporte ao generalista. Estudos já realizados (FREITAS; FELIPI; DAL MAGRO, 2020) indicam que o GDH tem ampliado a capacidade de cuidado em saúde mental dos profissionais que participam da ação. No entanto, havia necessidade de estudos que tivessem como foco os impactos na saúde mental dos usuários atendidos nos Grupos de Desenvolvimento Humano. Assim, o objetivo da pesquisa ¹aqui apresentada é compreender os efeitos terapêuticos dos Grupos de Desenvolvimento Humano a partir das mudanças na dinâmica psíquica dos participantes.

Este estudo utiliza o método clínico-qualitativo, o qual se caracteriza pela compreensão dos sentidos e significados de fenômenos acerca dos processos de saúde e doença, observados a partir de *settings*

¹ Esta pesquisa foi financiada por meio de projeto aprovado na chamada pública fapesc Nº 16/2020 programa pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS. Também foi financiado por meio de Bolsa de auxílio à pesquisa - Edital 013/REITORIA/2019 da Unochapecó.

de saúde. O contexto deste estudo comprehende Grupos de Desenvolvimento Humano que ocorreram nos Centros de Saúde da Família (CSF) do município de Chapecó/SC no período de aproximadamente quatro meses, com duração de agosto a dezembro de 2019. Participaram duas usuárias, sendo que os critérios de inclusão foram ter a idade mínima de 18 anos, não ter participado de outro grupo de GDH anteriormente, e ter participado durante todo o período de duração do grupo no serviço de saúde. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e aplicada a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) no início e final do grupo. As informações foram analisadas por meio da análise de conteúdo. Foram adotados os preceitos éticos previstos pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unochapecó sob parecer consubstanciado número 2.841.053, e CAEE número 59798016.4.0000.0116.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A psicanálise é uma psicoterapia! É com essa afirmativa extraída do texto de Mezan (1996) que nos aventuramos a discutir o processo terapêutico, ou melhor, o psicoterapêutico. O objetivo das psicoterapias psicanalíticas, sejam elas individuais ou grupais, consiste na mudança das estruturas mentais e dos estados inconscientes, promovendo autonomia para que esses sujeitos sejam capazes de lidar com seu sofrimento psíquico. Bion ponta que o tratamento psicanalítico não se baseia “no propósito de diminuir sintomas e angústias, mas na oportunidade criada pela dupla paciente-terapeuta de promover espaços mentais com cada vez mais verdade, criatividade e complexidade” (PADOAN; GASTAUB; EIZIRIK, 2013).

Para Macedo e Falcão (2005), “a condução do processo analítico deve possibilitar a descoberta, por parte do paciente, de que ele é quem sabe de si: um saber que é patrimônio de um território desconhecido de si mesmo. Para alcançá-lo, além de ser escutado, o analisando deverá escutar-se”.

As participantes dos grupos, chegaram até os serviços da AB por apresentarem queixas relacionadas com a vivência de sofrimento psíquico, principalmente experiências com o luto, dinâmicas relacionais pertinentes ao seio familiar e outras representadas, inicialmente, pelo diagnóstico de depressão. Essas participantes foram indicadas aos grupos de GDH pelos diferentes profissionais da Equipe de Referência e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica NASF-AB, que atuavam no território.

Para a psicanálise o desenvolvimento humano é possível e marcado pela presença do outro, ou seja, por meio dos cuidados desse outro e, é a partir desse outro, que nosso aparelho psíquico se constitui, bem como as fantasias e os mecanismos de defesa (MAIA, 2017). Nos constituímos sujeitos em relação. Nesse processo, assumimos papéis permeados pelos espaços de produto e produtores de subjetividades relacionais.

É preciso conceber que a formação de um grupo não se limita a um mero somatório de indivíduos, uma vez que, estes se constituem como uma nova identidade, com suas leis e mecanismos específicos. Por meio da experiência grupal, seus participantes são apresentados à possibilidade de vivenciar novas experiências de vinculação que permitem o rompimento de estereótipos que geram alienação e os impeçam de enfrentar as dificuldades pertinentes ao existir (MAIA, 2017). Nessa direção, destacamos a fala de Anna:

“[...] a gente vê outras experiências, outras questões. [...] às vezes tem alguém que tem uma experiência parecida e está conseguindo superar de uma outra forma, então eu resolvi, a gente acaba distraindo, saindo daquele pensamento que tu não estás bem, que tu precisas tomar a medicação; [...] tu queres uma forma mais tranquila de você conversar, de você talvez expor um pouco dos teus problemas, que às vezes tu pensando é uma forma e você colocando ele, para outras pessoas, tu acabas vendo de outro jeito, que tem uma solução, que não é só aquilo que eu estou pensando, às vezes é pequeno o problema”(Anna).

O trabalho grupoanalítico expõe os sujeitos a “momentos de caos e momentos de se encontrar o caminho”. Na obra de Bion, o processo do pensar se dá por meio de uma oscilação constante entre as duas posições kleinianas (esquizoparanóide e depressiva), que variam da desintegração à integração, da desordem à ordem (FERNANDES, 2017). O funcionamento mental e a ideia de uma mente em constante transformação e crescimento, são apresentados por Bion, demarcados pela intersecção entre essas posições kleinianas, para a “criação de um ego novo ou singular” (DIAS; VIVIAN, 2011).

Os grupos de GDH, fundamentados pelo rigor teórico psicanalítico, buscam a aquisição de *insights* sobre os conflitos inconscientes/conscientes causadores do sofrimento psíquico, a fim de elaborar as causas dos conflitos no “aqui e agora”. Enquanto terapêutica grupal, o GDH visa promover aos seus usuários, um crescimento mental, conceito entendido por Bion como finalidade de todo tratamento psicanalítico, que evidencia o processo de emancipação destes sujeitos (GRIMBERG; & SOR, 1973).

O GDH, ao se assentar na psicanálise, torna-se uma oferta terapêutica que toma a escuta do sujeito do inconsciente. Se diferencia, dessa forma, das ofertas terapêuticas grupais que não tenham esse foco. De acordo com Bezerra (2013), outras ofertas terapêuticas ignoram o sujeito do inconsciente e buscam a razão da angústia unicamente em algum processo de privação ou exclusão que o usuário possa estar passando. Nesse sentido, no lugar de calar a angústia, silenciar o sintoma, o GDH maneja-a sem tentar extinguí-la, operando com o sujeito do inconsciente, provocando, assim, mudanças em sua dinâmica psíquica, bem como procura refletir e entender, a relação do sujeito com o meio em que se insere.

A sintomatologia que atinge o corpo, deve dar lugar à fala, à palavra. Mezan defende que a fala e a palavra, possibilita atuar sobre a dinâmica psíquica, deixando de lado intervenções meramente corporais. O mesmo autor acena para a contribuição da psicanálise

na promoção do cuidado, quando diz que “o objetivo desta não é eliminar os sintomas, mas modificar em profundidade toda a estrutura psíquica cujo funcionamento origina e mantém aqueles sintomas” (MEZAN, 1996). O modelo continente/contido proposto por Bion possui como função fundamental a digestão de elementos brutos, sensoriais e afetivos (elementos beta), que carecem ser contidos (acolhidos) por outra mente (as primeiras figuras de cuidado), continente, e fazer-se capazes de serem pensados (elementos alfa). Dessa forma, a proposta do grupo é que atue como um continente de angústias e necessidades de seus participantes, onde cada participante aprende com o outro, o que emerge nas narrativas das usuárias pesquisadas.

A experiência do GDH permite que as participantes passem a refletir sobre suas referências anteriores e atribuam novos sentidos a elas, possibilitando outras formas de compreender e interpretar os eventos da vida, ou seja, o real, o “aprender com a experiência” de Bion (1980). No grupo, parte dos efeitos terapêuticos se dão pela autorização que o mesmo oferece para que as participantes possam falar, contar de si e de seu sofrimento, compartilhar a vida com os outros, que também se caracterizam como sujeitos em sofrimento. Como diz Rita:

“[...] ajudou, bastante, porque só no fato de fazer as perguntas e tu vai pensar e vai responder e, às vezes, são coisas que tu gostaria de ter respondido lá atrás; [...] melhorou também porque eu me achei mais importante, no caso, do que eu consegui [superar os momentos difíceis do passado]; [...] e eu, bah, me dei os parabéns para mim mesma por ter conseguido. E foi bom falar; [...] cada um, lida com suas ferramentas e com suas ideias” (Rita).

Na transferência, na experiência de reviver, há, portanto, uma repetição. Repetição esta que é “oriunda de protótipos infantis que são vivenciados, não obstante, com um sentimento de atualidade marcante” (BARROS, 2015).

Romanowski et al. (2005) também apresentam, enquanto efeitos terapêuticos, o aumento da tolerância à frustração, uma redução nos níveis angustiantes provenientes da busca por conhecimento dos conteúdos intoleráveis, além de que o sujeito possa assumir uma postura de responsabilidade por sua vida. Esse movimento, proporcionaria uma ampliação do conhecimento da realidade psíquica, bem como do mundo externo do paciente, possibilitando, uma melhor transição entre realidade psíquica e realidade externa. Este aspecto se relaciona com o que Bion estabelece entre a transformação e o campo emocional: o vínculo do grupo com seus participantes e com o coordenador, bem como a tolerância às emoções tidas como dolorosas.

Consideramos que o movimento de transição ocorrido com as participantes do GDH, passa de uma postura passiva, de queixa e mecanismos primitivos e projetivos, à uma postura ativa, de pertencimento e responsabilização pelos seus desejos e dores, o que revela efeitos terapêuticos desses grupos. Dar espaço para esse não saber, questionar as respostas automáticas diante do que não se tinha uma solução simples.

“[...]situações que você achava que você não ia conseguir lidar ou que, era tão difícil de resolver, e acaba que quando você conversa e alguém coloca uma opinião aqui, outra ali, a própria psicóloga quando ela conversa com a gente, ela às vezes faz você recordar de algum ponto que às vezes você falando, você não se dá conta e ela te recorda que aquilo ali não é tudo aquilo, que pode ser mudado, que pode ser mais fácil de lidar” (Anna).

O pensar, em Bion, não se trata de uma função meramente cognitiva, mas da inauguração de um espaço de autoria que acontece desde muito cedo. A capacidade de pensar bioniana depende de uma dose de frustração e demarca que o nascer, o crescer e o viver são experiências dolorosas, por escelência. Ao processo analítico, são atribuídas as mesmas características, na medida em que nos coloca numa posição de consciência de nós mesmos (FOCHESATTO,2013).

Podemos perceber os efeitos terapêuticos, na medida em que se

amplia a capacidade de pensar das participantes, por meio do trabalho psíquico, havendo uma espécie de luto das representações anteriores que às levavam à melancolia e às ideações suicidas e homicidas. Nesse processo, as participantes são capazes de transformar a experiência emocional por meio da função alfa, desenvolvendo elementos alfa, que servem para pensar e suportar frustrações oriundas de suas experiências de vida.

A noção de cura em Bion, percorre a representação de um desenvolvimento do inconsciente em direção à expansão mental, que seria possibilitado, neste caso, pela dinâmica do campo grupal de forma a compreender a relação indissociada e continuada existente entre o sujeito e o grupo, seja ele familiar, social, profissional ou cultural (ZIMERMAN, 2008). Assim, o grupo permitiu uma ampliação da capacidade de pensar e contribuiu na forma como as participantes expressavam seus sentimentos, na percepção sobre si.

Por meio do grupo, do sentido de pertencimento, do espelhamento, se consolida a capacidade de pensar, de transformar os elementos betas, desorganizados, em elementos alfas, mais organizados, movimento possível por meio das transferências cruzadas entre os integrantes do grupo, bem como do papel do coordenador ocupado pelo profissional de saúde.

As usuárias manifestam ainda o desejo pela permanência no tratamento em grupo, apesar de apresentar suas limitações (relativas ao tempo e ao constrangimento de expor as intimidades no grupo, bem como o receio do julgamento do outro), assim como os registros de um desenvolvimento egóico e da capacidade de pensar, proposta por Bion, que contribui para reconhecer também os recursos disponíveis para lidar com suas queixas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicanálise, desde os primórdios oferece ferramentas importantes para a promoção de uma atenção à saúde mental diferenciada, ao propor que escutar o sujeito se torna um recurso técnico ímpar

para o tratamento do sofrimento psíquico. E, quando a “cura” vem pela palavra surge um novo jeito de tratar saúde mental, pois a palavra se torna propriedade desse sujeito, que de mero espectador passa a ser novamente protagonista no seu processo terapêutico.

O GDH se constitui um espaço de trocas, de encontro e de produção de subjetividades, que se reconhece enquanto proposta de práticas e saberes em saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde. Nesse cenário, a psicanálise se configura um importante instrumento teórico-metodológico, por oferecer uma base para a formação dos profissionais e “uma maneira de organizar a escuta para que esta possa ser capaz de se desviar do evidente, do óbvio aparente, da literalidade para permitir a surpresa, o paradoxo e o insólito”⁵.

O sujeito de que a psicanálise se ocupa é o sujeito do inconsciente, mas também o sujeito social, que é o sujeito imerso na cultura com sua singularidade, mas comprometidos com o seu processo e sua realidade, tornando-os autônomos e independentes.

Por fim, o GDH se apresenta como uma nova oferta terapêutica no contexto estudado, para além das terapias medicamentosas, a fim de lidar com os sofrimentos psíquicos tão presentes na Atenção Primária à Saúde. Faz isso usando de uma abordagem teórica robusta que é a psicanálise, cujos efeitos terapêuticos são já amplamente demonstrados no campo da saúde mental, mas o faz de modo inovador no sentido de possibilitar sua implementação na política de saúde, valorizando intervenções grupais e com estreito diálogo com as políticas do SUS.

REFERÊNCIAS

- BARROS, L.H. da C. Transferência em psicoterapia de grupo de orientação analítica. *J. psicanal.*, v. 48, n. 88, p. 81-94, 2015.
- BEZERRA, D.S. **O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira: política e Psicanálise oito anos após a Lei 10.216.** Curitiba: Editora CRV, 2013.

BION, W.R. (1980). *Apriendendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1962).

DIAS, V.L.L.; Vivian, Aline Groff. Bion e uma mudança de paradigma na psicanálise. **Aletheia**, n. 35-36, p. 206-210, 2011.

FERNANDES, W.J. Grupo terapêutico. Todos no mesmo barco - destino incerto. **Vínculo**, v. 14, n. 2, p. 35-40, 2017.

FOCHESATTO, W.P.F. Reflexões sobre a “teoria do pensar” de Bion. **Estud. psicanal. Belo Horizonte**, n. 40, p. 119-122, dez, 2013.

FREITAS, F.B. de; Felipi, E.; Dal Magro, M.L.P. (Orgs.). **Grupos de Desenvolvimento Humano: uma estratégia para trabalho com grupos interativos nas políticas públicas**. Chapecó: Argos, 2020.

GRIMBERG, L.; Sor, D. (1973). **Introdução ás idéias de Bion**. Rio de Janeiro: Imago.

MACEDO, M. M. K.; FALCÃO, C. N. de B. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psychê**, v. 9, n. 15, p. 65-76, jan-jun, 2005.

MAIA, A.M.O atendimento em grupo operativo no CRAS: relato de uma experiência. **Vínculo**, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2017.

MERHY, E.E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MEZAN, R. Psicanálise e psicoterapias. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 10, n. 27, p. 95-108, 1996.

PADOAN, C.S.; GASTAUB, M.B.; EIZIRIK, C.L. Objetivos terapêuticos para psicanálise e psicoterapia psicanalítica: Freud, Klein, Bion, Winnicott, Kohut. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 15, n. 3, p. 53-70, 2013.

ROMANOWSKI, R. et al. Níveis de mudança e critérios de melhora. In: Eizirik, C. L.; Aguiar, R. W.; Schestatsky, S. S. **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ZIMERMAN, D. **Bion da teoria à prática**: uma leitura didática. 2^a ed. [Recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica**: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed, 2008.

EIXO II

MELHORES PRÁTICAS NA FORMAÇÃO E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

CAPÍTULO 16

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DESAFIOS EM CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19

Jussara Gue Martini
Rafael Gué Martini

INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um tema sempre muito instigante na nossa prática profissional, especialmente nesse momento em que nos deparamos com os desafios sem precedentes provocados pela pandemia da SARS-CoV-2. É uma situação que necessita de respostas imediatas e diversas do sistema de saúde, tanto do nosso país como do mundo, colocando todos em busca de conhecimentos e de estratégias de educação, de formação de profissionais, de medicamentos e possibilidades de enfrentamento da pandemia. Neste artigo, a partir de uma revisão narrativa de literatura, são apresentadas algumas perspectivas da EPS que oferecem subsídios teóricos para a reflexão sobre os impactos da situação de emergência sanitária sobre essa área.

A EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Cavalcanti e Guizardi (2018) realizaram um estudo que buscou resgatar e sistematizar os diferentes elementos presentes na construção da compreensão sobre EPS. Os autores revisaram as obras sobre o tema publicadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) entre 1974 e 2002, abordando as práticas de educação na saúde. Através de

uma pesquisa documental e bibliográfica apontaram que as publicações apresentam elementos de duas matrizes conceituais: a educação continuada em saúde (1974-1984) e a EPS (1985-2002).

Segundo os autores, a matriz de EPS está centrada nas discussões do método pedagógico e esbarra em limites correlacionados com a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde (PNEPS), bem como nas contradições que marcam a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil (CAVALCANTI, GUIZARDI, 2018). Desse modo, a PNEPS buscou distinguir a educação continuada em saúde – praticada até 1984 - da EPS, apresentada como uma proposta nova, com o objetivo de aproximar as práticas de educação na saúde da problematização e da integralidade. Nessa nova perspectiva, distanciando-se também da pedagogia da transmissão (CAVALCANTI, GUIZARDI, 2018). Os autores ponderam que, enquanto a educação continuada na saúde preconiza a oferta de saberes de fora para suprir deficiências dos trabalhadores, a EPS valoriza e investe na geração de conhecimentos pelos próprios trabalhadores, que se tornam protagonistas da produção de saberes sobre as ações de atenção à saúde das populações.

A política pública de EPS apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação em Saúde, do Ministério da Saúde, em 2003, criou estratégias para priorizar a educação dos profissionais de saúde. Desde então, a EPS se constituiu em uma ferramenta fundamental para a formação dos trabalhadores, buscando incentivar uma atuação crítica, reflexiva e comprometida tecnicamente com a saúde da população. No entanto, ainda é necessário disseminar a proposta pedagógica de EPS entre os gestores, serviços e sistemas de saúde, comprometendo os trabalhadores e o controle social (CECCIM, 2005).

A EPS é, portanto, uma política já desenvolvida há quase duas décadas no país, que tem sido objeto de discussões e de aperfeiçoamentos desde 2004, quando foi inicialmente pensada. Desde o início trouxe a possibilidade da educação permanente alicerçada na ideia de que nenhum de nós é tão bom individualmente, quanto todos

nós juntos. Nesse momento de pandemia da COVID-19, em que os profissionais de saúde estão submetidos a altos níveis de exigência, especialmente a equipe de enfermagem (enfermeiros/as, técnicos/as e auxiliares), fica evidente a necessidade dessa compreensão da importância de estar juntos, de trabalhar juntos. Só assim, as equipes de saúde podem conseguir dar conta dos desafios que se colocam frente a uma situação inédita, não vivida antes. Nesse momento, essas possibilidades de trabalho em equipe são ainda mais importantes na atuação cotidiana dos profissionais da saúde.

A educação permanente tem como uma de suas principais fundamentações a ideia de aprendizagem no trabalho, aspecto que a torna muito importante quando pensamos em encontrar formas de desenvolver nosso trabalho profissional frente a uma situação inédita, como a pandemia que estamos enfrentando neste momento. A perspectiva da aprendizagem no trabalho nos permite incorporar o aprender e o ensinar no cotidiano das organizações.

Aprender e ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao próprio trabalho, ancoradas na problematização, tendo a prática como fonte de conhecimento e os profissionais de saúde como protagonistas na construção de conhecimentos e significados para seu processo de aprendizagem. Dessa forma podem propor alternativas de ação que se estruturam em projetos ou programas institucionais.

Fundamentadas em um paradigma educativo problematizador, as equipes de saúde identificam as necessidades prioritárias de seu processo de trabalho considerando as intervenções sobre os fatores contextuais; integrando tecnologias que facilitem a melhoria dos desempenhos; incentivando a aprendizagem colaborativa e o trabalho interprofissional. Desse modo, inserem a aprendizagem no processo laboral – aprendem ao trabalhar – promovendo o desenvolvimento de capacidades metacognitivas para a gestão e aplicação dos novos conhecimentos. Nesse sentido, precisam desenvolver aprendizagens no trabalho vivo, no cotidiano no qual se dá a produção do cuidado, propondo, desde seu início, o foco na problematização, como preco-

nizada por Paulo Freire (1996). O desafio é, a partir das experiências da realidade vivida, problematizar a realidade, buscando fontes de conhecimento que deem conta de solucionar os problemas vividos na prática do trabalho vivo. Os protagonistas desse processo são os profissionais de saúde, a equipe de saúde - enfermeiros, técnicos, auxiliares, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, entre outros - que juntos constroem conhecimentos e significados para a sua prática profissional e, a partir dessa construção, propõe alternativas de ação. Desse modo, as estratégias são exatamente os momentos e modalidades de aprendizagem que se combinam e que podem se desenvolver no espaço de trabalho, colocando em evidência a realidade onde os profissionais estão inseridos.

Nessa perspectiva, a EPS privilegia o conhecimento na ação, a partir das experiências prévias e dos desafios que vivenciados na prática. Isso parece estar muito destacado em função das experiências recentes provocadas pela pandemia. A partir desses desafios se propõe que as próprias equipes, os trabalhadores, em articulação com diferentes espaços, envolvendo os profissionais dos serviços, os gestores, usuários, as instituições de formação e universidades, questionem qual o conhecimento necessário para que seja possível dar conta dos problemas que se apresentam. Sempre partindo da reflexão para construção de uma prática que incorpore novos significados.

O movimento de reflexão sobre a prática proporciona novas estratégias. Proporciona olhar e realizar as práticas profissionais de outras formas, estabelecendo novos cursos de ação, encontrando novas perspectivas naquilo que é realizado. Assim, é possível atingir os resultados previstos ou esperados para cada uma das ações da equipe de saúde.

O Ministério da Saúde (MS), através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), Portaria nº 1996/2007 (BRASIL, 2009), destaca o envolvimento dos trabalhadores da saúde, do controle social, dos gestores e das instituições formadoras como estratégia capaz de consolidar as práticas de EPS no país. Desse modo, enfatiza que a educação em saúde, para que produza as

mudanças desejadas, precisa ser articulada em um movimento inter-setorial. Precisa articular a formação inicial e permanente dos trabalhadores, com base na corresponsabilidade dos serviços de saúde com a transformação das práticas de atenção à saúde.

Em estudo reflexivo, Ceccim e Feuerwerker (2004) defendem o “quadrilátero da formação para a área da saúde” – ensino, gestão, atenção e controle social –, com vistas à construção e à gestão da educação na saúde no âmbito do SUS. O ideário de tal figura pressupõe que cada face estabeleça fluxos e interlocutores específicos, em espaços-tempos e com motivações diferentes, numa trama de conexões.

Vendruscolo et al (2016) defende que a conexão entre os diversos segmentos que fazem parte dos processos de pactuação das ações de EPS - capazes de produzir as relações necessárias entre estudantes, usuários, professores, profissionais, gestores e outros parceiros - pode ser representada pela figura do prisma, que pela sua mobilidade representa melhor as relações entre todos os agentes envolvidos nas ações de EPS. As autoras propõem, então, que as oportunidades significativas de EPS sejam representadas pelo prisma de educação em saúde, por entenderem que tal figura consegue traduzir a complexidade e a potência dos processos de EPS.

Na atuação dos profissionais de saúde frente a pandemia, é possível visualizar essa modalidade de educação quando, em um momento inicial, todos se viram desesperados, sem saber o que fazer, sem entender o que acontecia com os pacientes. Quando, mesmo dando o melhor de si em termos de cuidado, os pacientes não apresentavam melhorias. Quando enfrentaram perdas significativas nas equipes de saúde, com colegas que se contaminaram e que não conseguiram resistir a doença. Estas experiências levaram à busca de informações, evidências que permitissem adquirir competências para dar conta de melhor cuidar e atender as pessoas, programando soluções na prática diária. Foram experimentando determinados procedimentos e estratégias que resultaram em evidências, permitindo melhores soluções, aprendendo na ação.

A pandemia propiciou olhar deste modo prismático para a prática e identificar, de uma forma muito evidente, a importância das propostas que estão colocadas na EPS. A EPS tal como foi concebida e tem sido desenvolvida, não na velocidade que nós gostaríamos, mas acontecendo em muitas realidades e situações.

A experiência com a atenção à saúde das pessoas na pandemia, colocou os profissionais da saúde em um círculo de atividades que se inicia na ação concreta da reflexão e na observação da prática. Um círculo onde se destaca o que é possível apreender a partir da reflexão sobre a experiência real. Processo que evidencia aspectos que, muitas vezes, são convergentes com a teoria. Onde algumas evidências corroboram com o que inicialmente se pensa em desenvolver, mas outras apresentam divergências, indicam novas possibilidades. Possibilidades que podem ser inviáveis por razões de equipamentos, estrutura ou até mesmo de capacitação dos profissionais.

Por tudo isso, a EPS se apresenta como uma estratégia com um grande potencial para a melhoria da atenção à saúde da população nesse momento, bem como para o crescimento profissional, porque amplia as possibilidades de crescimento, desenvolvimento e aprendizagens. Além disso, permite atingir melhores resultados em relação ao que se enfrenta no ambiente de trabalho. A sistematização dos dados obtidos permite um resultado mais efetivo no cotidiano. Na medida que se avança nesse movimento, é possível ampliar o conhecimento, buscar outras possibilidades e, cada vez mais, aperfeiçoar o processo de trabalho na atenção à saúde.

EDUCAÇÃO PERMANENTE E A PANDEMIA

É possível identificar evidências de como a pandemia estimulou o desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde que até então não eram valorizadas. Como as teleconsultas, os atendimentos de casos via whatsapp, email, telefone, ou seja, a disponibilização de outros recursos para que a população pudesse manter o seu cuidado, apesar da

inviabilidade de todos estarem nos mesmos espaços ao mesmo tempo. Esses exemplos demonstram o desenvolvimento de novas estratégias frente aos desafios da Covid-19. Sem mencionar o processo de desenvolvimento de vacinas e de medicamentos num tempo recorde.

Portanto, nessa perspectiva, existe a possibilidade de aquisição de novas competências, do desenvolvimento de capacidades específicas, ao mesmo tempo que torna-se possível o processo de supervisão focado na capacitação das pessoas, no preparo e na qualificação das equipes. Essa supervisão possibilita desenvolver as aprendizagens em aspectos específicos, por meio da realização de oficinas de trabalho por projetos, buscando soluções no trabalho em rede, exatamente na perspectiva do trabalho em grupos operativos, em atividades compartilhadas. Nessas atividades todos os membros da equipe conseguem colocar a sua percepção, as suas contribuições para que o trabalho se torne cada vez mais qualificado, propiciando uma atenção à saúde com qualidade e com a possibilidade de maior resolutividade.

Os paradigmas que fundamentam esse processo de prática educativa são colocados por diferentes autores ao longo do tempo, que consideram a possibilidade do desenvolvimento dos seres humanos ser mais focada no coletivo do que nos indivíduos. Há a compreensão de que esse desenvolvimento coletivo é necessário, principalmente quando se enfrentam desafios como o que agora se coloca, onde compreender é mais do que saber. É importante a ênfase nos valores, na criatividade, na autonomia, na ética e na cooperação, essa última um valor essencial para desenvolver EPS na perspectiva problematizadora.

A cooperação, a flexibilidade cognitiva como possibilidade de desenvolver um pensamento sistêmico e complexo, precisa considerar a relevância do contexto e das formas de representação do conhecimento. É importante perceber que, para que esse processo possa acontecer, os profissionais têm que estar abertos às novas aprendizagens, a ouvir os colegas, a compartilhar as crenças, os conhecimentos e aceitar experimentar. Dificilmente se desenvolve o potencial da

EPS problematizadora se o membro da equipe permanecer fechado em seus próprios saberes, se não for capaz de ouvir o outro e compreender o que ele está colocando, aberto a experimentar novas formas de aprender e de fazer em saúde.

Assim, a educação permanente problematizadora aponta para algumas possibilidades, partindo da identificação das necessidades; da priorização dos elementos a serem trabalhados; do desenvolvimento dos trabalhadores e do seu próprio processo de trabalho; da intervenção nos fatores contextuais; e na integração das tecnologias, especialmente as tecnologias educacionais e as tecnologias relacionais. Desse modo, produz um processo de trabalho que incorpora os trabalhadores, com os gestores, a população e as instituições de ensino. Tal prática educativa incentiva a aprendizagem e o trabalho em equipe, de forma criativa, antecipatória, permitindo a compreensão de que é no processo de trabalho que se consegue desenvolver aprendizagem sobre o próprio trabalho. A partir dessa experiência é possível desenvolver capacidades metacognitivas que podem auxiliar nos procedimentos e nos processos seguintes de aprendizagem, porque, quanto mais se incorporam os conhecimentos, mais efetiva se tornará a ampliação dos processos de EPS.

EDUCAÇÃO PERMANENTE E INTERPROFISSIONALIDADE

Em relação aos espaços de aprendizagem, um aspecto importantíssimo na educação permanente, como em qualquer processo de educação e de formação profissional, é pensar na perspectiva da educação interprofissional das equipes de atenção à saúde. Ainda existe uma grande dificuldade de compreender que, a partir de um processo de complexificação das práticas de saúde, se tornou impossível que um único profissional dê conta das necessidades de atenção à saúde da população. Mesmo compreendendo isso, mesmo quando há cla-

reza que não é mais possível dar conta de todas as necessidades de atenção à saúde da população em uma perspectiva uniprofissional, os profissionais de saúde seguem se formando isoladamente. Mas, quando eles ingressam no mercado de trabalho, lhes é exigido que trabalhem em equipe, como se fosse possível que, de repente, se tornassem profissionais integrados, interconectados para dar conta da atenção à saúde da forma que a população necessita.

Além disso, existem dificuldades em relação ao processo de articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, como na promoção da integração escola-comunidade-serviço, com experiências incipientes de trabalho em redes colaborativas. É igualmente difícil conhecer e utilizar abordagens de comunicação mais efetivas. Ainda se trabalha com a comunicação verticalizada e há dificuldade em se desenvolver um processo de comunicação horizontal, compartilhado e colaborativo.

Esta aprendizagem das interações múltiplas no trabalho corporativo com os profissionais de enfermagem, com os demais profissionais da saúde, com os profissionais de outras áreas que possam contribuir, com o pessoal do serviço, líderes comunitários, usuários, enfim, com todos os envolvidos com uma situação de vida, é extremamente necessária e importante para o alcance da atenção à saúde na perspectiva da integralidade.

Os componentes desse ambiente de aprendizagem precisam ter uma integração efetiva. A equipe de enfermagem isolada, buscando uma educação permanente, é menos potencializadora do que se trabalhar com a aprendizagem de toda a equipe. É necessário ampliar as experiências de aprendizagem para as equipes de atenção em saúde, e não apenas para uma área profissional isoladamente. A aprendizagem interprofissional desenvolve a capacidade de intercâmbio de experiências, de desenvolvimento, de orientações e de práticas profissionais que contribuem de forma efetiva para a qualidade da atenção à saúde.

Assim, quando se trabalha nessa perspectiva da EPS, é importante pensar em tudo que está envolvido com a produção do cuidado. Pensar em ações de avaliação que envolvam diferentes instituições,

apoadoras da sociedade em geral e de todas as áreas dos serviços, com diretrizes que deem um direcionamento para esse processo, que possam favorecer a governança e o alcance de resultados. Estas experiências podem ser municipais, estaduais ou federais, mas elas precisam ter este componente para atingir resultados que tenham impacto nos indicadores de saúde das populações.

Vendruscolo et al (2020) analisaram as implicações do processo de formação/educação permanente dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), buscando compreender em que medida as ações de EPS contribuem para a sua atuação interprofissional. Os 43 profissionais que participaram do estudo, respondendo a entrevistas coletivas, destacaram que percebem uma influência marcante dos pressupostos do modelo biomédico na formação dos profissionais de saúde, o que tem sido um obstáculo para o desenvolvimento de uma atuação interprofissional no cotidiano dos serviços de saúde. Os participantes enfatizaram, ainda, que a EPS pode potencializar o desenvolvimento do trabalho colaborativo entre as equipes e destas com os demais profissionais de saúde.

D'Amour et al (2008) nos apresenta algumas reflexões sobre a interprofissionalidade, destacando quatro dimensões que colaboram para seu desenvolvimento: (i) a visão clara dos objetivos comuns das equipes; (ii) a tomada de consciência dos profissionais sobre sua interdependência no processo de trabalho e consequente necessidade de interação e confiança; (iii) a governança ou liderança, que estimula a participação de todos; e (iv) a formalização, que ressalta a necessidade de comunicação e fluxos bem estruturados para a atuação conjunta das equipes. A interprofissionalidade pode ser definida como “o desenvolvimento de uma prática entre profissionais de diferentes áreas, o processo pelo qual eles refletem e desenvolvem práticas que proporcionam uma resposta integrada e coesa às necessidades de saúde do usuário família/população” (D'AMOUR; OANDASAN, 2005, p.9).

As autoras apontam que o principal objetivo da educação permanente interprofissional é o desenvolvimento de maior compreensão

sobre a prática profissional, fundamentada no compartilhamento de saberes e na convivência com os diferentes profissionais que compõem as equipes de atenção à saúde. Os profissionais, professores, estudantes e instituições de ensino e serviço aprendem com os colegas, uns sobre os outros, e juntos promovem bons resultados para os usuários dos serviços. É importante destacar que desde a década de 60 a educação interprofissional (EIP) tem se mostrado uma estratégia importante para a formação inicial e permanente dos profissionais de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido reconhecido como uma iniciativa que busca atender às necessidades de atenção à saúde da população na perspectiva da integralidade. A formação interprofissional, o trabalho em equipe e as práticas colaborativas são fundamentais para a efetivação das finalidades do SUS.

Os profissionais de saúde contribuíram muito para a saúde e o desenvolvimento ao longo do século passado, mas os modelos educacionais do século XX não são mais suficientes para enfrentar os desafios da atenção à saúde da população no século XXI. Os desafios impostos pela realidade apontam que é o momento de pensar em um movimento social de todas as partes interessadas - educadores, estudantes, jovens profissionais de saúde, entidades profissionais, universidades, agências de fomento e fundações – para impulsionar as ações necessárias para desenvolver um profissional de saúde para o novo século, transformando a educação profissional. O resultado deste movimento será a construção de sistemas de saúde mais equitativos e melhor preparados para o enfrentamento dos agravos à saúde, com benefícios para pacientes, populações e os próprios profissionais de saúde.

A formação de recursos humanos em saúde constitui uma das prioridades da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS,2018, sendo considerada uma das principais metas para o desenvolvimento sustentável. Ao defender a importância de se repensar a forma de ensinar-aprender, propondo novos currículos e metodologias, novas práticas de EPS, a OPAS defende que a educação pode ser transformadora,

modificando a formação em saúde e contribuindo para a melhoria das condições de desenvolvimento social e de sustentabilidade ambiental.

A implantação da educação interprofissional em saúde, nas ações de EPS é uma das possibilidades de construirmos o que Frenk et al. (2010) apontam como a terceira geração de reformas educacionais. As reformas desta geração de mudanças, são caracterizadas por uma educação profissional que, com base nos conhecimentos globais em saúde, promove a formação de profissionais preparados para resolver os problemas de saúde de seu contexto, qualificando as potencialidades de seu sistema de saúde. Ou seja, uma educação que propicia a aprendizagem transformadora, capaz de mobilizar conhecimentos, gerar engajamento crítico e conduta ética na atenção à saúde; centrada nas necessidades da população local, mas conectada com os conhecimentos e tecnologias mundiais.

A contemporaneidade exige que a EPS dos profissionais de saúde seja transformada tendo em vista as oportunidades para aprendizagem mútua e soluções conjuntas possibilitadas pela interdependência global (FRENK et al, 2010). É evidente o desajuste entre as competências dos profissionais e as prioridades das populações, devido a fragmentação, desatualização e rigidez dos cursos de graduação e pós-graduação diante das iniciativas de EPS. O resultado é a formação de profissionais despreparados para atuar frente as necessidades da população, que não utilizam o conhecimento globalmente produzido na área da saúde.

A educação interprofissional em saúde tem surgido como uma potencialidade para um aprendizado transformador, que contemple a pesquisa, a análise e a síntese de informações para a tomada de decisões, possibilitando o trabalho em equipe. Também adotando modelos educacionais criativos e atentos às prioridades locais (BURGESS et al., 2017), que respondam às demandas da sociedade e se comprometam com sua transformação.

Esta tem sido uma demanda reiterada (FRENK et al., 2010), inclusive em documentos oficiais do setor educativo, como os que

construíram o Espaço Europeu de Ensino Superior e as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação, no Brasil. No entanto, o desenvolvimento de estratégias de educação interprofissional em saúde tem uma limitada atenção nos espaços de EPS, no meio acadêmico e científico, carecendo de investimento em tecnologias e métodos científicos para sua construção e avaliação de seus impactos (FRENK ET AL., 2010; BURGESS ET AL., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos de conclusão, cabe destacar ainda o quanto tem sido difícil a luta com a pandemia em um país que não apresenta uma proposta de atuação em relação a ela. Que até hoje, depois de mais de 600 mil mortos, continua sem um Ministério da Saúde atuante e comprometido com a saúde de todos e todas. Que obrigou os estados e municípios, bem como os conselhos profissionais da área da saúde, a assumirem o protagonismo no trato de algumas das lacunas deixadas por essa falta de atuação. É perceptível a dificuldade em articular esses espaços para atingir resultados que dependem, em grande parte, de uma decisão governamental. Essa situação inspira a reflexão sobre como a educação precisa transformar o espaço vivo das práticas de atenção à saúde, qualificando a formação, a educação permanente, buscando o diálogo com os diferentes setores da saúde, da educação e da sociedade como um todo - estabelecendo uma interlocução com a sociedade civil.

O entendimento dos processos de adoecimento, envolvidos na falta de governança do sistema de saúde e de educação, obrigam a reorganização dos serviços e tem possibilitado novas experiências. Essas experiências permitem acreditar que será possível sair deste enfrentamento com melhores soluções para os problemas graves e diversos que assolam, principalmente, as populações vulneráveis, mas não só, pois estão a exigir muito esforço de todos os profissionais da saúde, assim como dos governantes e das entidades da sociedade civil em geral.

As atividades de atenção em saúde precisam ser preservadas, sempre e principalmente, em tempos de pandemia, até porque as previsões apontam para um longo curso de convivência com este novo vírus. Alguns cientistas têm chamado a atenção para o risco de surgirem outros vírus com a mesma letalidade, depois deste. Então, este processo de incorporação e de desenvolvimento da formação dos profissionais se torna uma ferramenta importantíssima, para que seja possível atender com melhor qualidade e com mais efetividade a população que busca a atenção em saúde no território brasileiro.

Para finalizar, é óbvio que, mesmo com todas essas dificuldades, houve uma capacidade de capilaridade e pujança na força dos trabalhadores da saúde. São inúmeras e bem-sucedidas as experiências que têm demonstrado a resiliência das equipes de saúde, em especial da enfermagem, nos mais diversos contextos, na maioria das vezes extremamente adversos. A pandemia também permitiu constatar que, mais do que nunca, é imprescindível um SUS forte, vigilante, capilarizado, adaptado ao contexto e fiel aos seus princípios.

A atual crise sanitária, política, econômica e social que o Brasil vive, exige inovação nos modos de produção do cuidado e radicalização no exercício de formas de sociabilidade e solidariedade. Para que isso aconteça e se desenvolva de uma forma mais efetiva é imprescindível a Educação Permanente em Saúde (EPS).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 16 fev. 2022.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CAVALCANTI, F.O.L.; GUIZARDI, F.L. Educação continuada ou per-

manente em saúde? Análise da produção Pan-Americana da Saúde. Trab. **Educ.Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-122, jan/abr. 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. 11a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

VENDRUSCOLO, C.; TRINDADE, L.L.; MAFFISSONI, A.L.; MARTINI, J.G.; SILVA FILHO, C.C.; SANDRI, J.V.A. Implication of the training ad continuing education process for the interprofessional performance. **Rev Bra Enferm.**; v. 73, n. 2:e20180359. 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0359>.

D'AMOUR, D.; GOULET, L.; SAN MARTÍN-RODRIGUES, L.; et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research** [Internet]. 2008 [cited 2018 Ago 02];8, 188. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofissionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: Na emerging concept. **Journal of interprofessional care**, v.19. n. suppl 1, 8-20, 2005.

BURGESS, A.; MCGREGOR, D.; MELLIS, C. Medical students as peer tutors: a systematic review. **BMC Med Educ.** 2014; 14:115. doi: 10.1186/1472-6920-14-115. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref]

FRENK, J.; LINCOLN CHEN, L.; BHUTTA, Z.A.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, T. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in na interdependent world. **Lancet**, v. 376, n. 4, p. 1923–58, 2010.

VENDRUSCOLO, C.; DO PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Reorientação do ensino no SUS: para além do quadrilátero, o prisma da educação. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 3, p.246-260, Set./Dez. 2016. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/index>.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

OPAS. Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial Saúde no Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAPÍTULO 17

UTILIZAÇÃO DE FLUXOGRAMA COMO FERRAMENTA GERENCIAL NO COTIDIANO DA ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alana Camila Schneider

Ana Maira Teló

Maristela Izckak Baldissera

Mirian Giacomel

Suzanne Cristina Abido

Wandereson Luis Teixeira,

Carise Fernanda Schneider

INTRODUÇÃO

No contexto dos serviços de saúde, a gestão é uma prática necessária para as instituições, pois apresenta significado estratégico para a efetivação do processo de trabalho das equipes, com vistas a mudança de um modelo de saúde baseado nas necessidades da população (FONTANA, LACERDA, MACHADO, 2016).

Diante de tal cenário, permeado de transformações e avanços nos serviços e gestão das práticas em saúde, o profissional enfermeiro exerce papel fundamental nesse processo, seja na Atenção Primária à Saúde (APS), no atendimento secundário ou terciário, devido as especificidades destes setores e ao embasamento técnico-científico pautado em um conjunto de competências que a formação acadêmica confere a esses profissionais (FERREIRA et al., 2019; PIRES et al., 2019).

Nessa direção, a ordenação dos serviços de saúde se faz funda-

mental para a gestão do cuidado. Frente a esta premissa, é necessário recorrer a diferentes tecnologias e estratégias que justifiquem a melhoria no acesso aos serviços e da gestão do processo de trabalho (RODRIGUES et al., 2019). O processo de trabalho da enfermagem tem como finalidades promover uma assistência de saúde à pessoa/família/comunidade, com atividades de gestão nos diferentes contextos de cuidados, na pesquisa e educação, bem como na participação política, visando a produção de um serviço marcado pela interação humana e por um trabalho coletivo e multiprofissional (FULTON et al., 2019).

Desse modo, além da gestão do cuidado e da equipe de enfermagem, o enfermeiro também é responsável pelo ambiente organizacional das instituições, assumindo a função de articulador na operacionalização do sistema, dos serviços e da assistência à saúde (FERREIRA et al., 2019). Como exemplos de instrumentos que auxiliam na gestão do cuidado e do ambiente, podemos citar os protocolos, manuais e fluxogramas. Os fluxogramas são ferramentas conhecidas pela representação gráfica de conteúdo, caracterizadas por um processo que utiliza símbolos geométricos para descrever as etapas de um fluxo. O objetivo do fluxograma é mostrar de forma clara as fases, as informações, os elementos e a sequência operacional que caracterizam o trabalho a ser executado (SILVA et al., 2020; RODRIGUES et al., 2020; GALDINO et al., 2016).

Nesse contexto, pretende-se descrever o desenvolvimento e a aplicabilidade de fluxogramas para o Suporte Básico de Vida (SBV) e para o Acesso Avançado como instrumentos de gestão na prática profissional de enfermeiros nos contextos da Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Tipo de estudo: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, proposto pela disciplina Gestão e Avaliação dos Processos de Trabalho em Saúde e Enfermagem, do Mestrado Profissional em Enfermagem na APS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Cenário de estudo: As experiências ocorreram em quatro Unidades Básica de Saúde (UBS) e um serviço de Atenção Domiciliar Privado.

Período de realização da experiência: primeiro semestre de 2021.

Sujeitos envolvidos na experiência: enfermeiros mestrandos de um Mestrado Profissional em Enfermagem de uma Universidade Pública do sul do Brasil e que atuam nas unidades de saúde do presente estudo.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A disciplina Gestão e Avaliação dos Processos de Trabalho em Saúde e Enfermagem, do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), prevê reflexões e discussões acerca do gerenciamento do trabalho da enfermagem nos diferentes serviços assistenciais da APS, onde seus estudantes estão inseridos. Diante de tais reflexões e a partir das fragilidades identificadas na realidade de trabalho de cada mestrandos, constatou-se a necessidade da construção de fluxogramas que alicerçam as atividades de gestão do enfermeiro na APS.

O uso de ferramentas de gestão, quando bem elaboradas e implementadas com as equipes de saúde, contribuem para melhorias nos serviços de saúde. Para auxiliar nesta proposta, o uso de fluxogramas é apropriado, pois é reconhecido como uma ferramenta

que visa melhorar a atenção e a assistência prestada ao usuário. Por meio dele é possível identificar melhorias necessárias para a organização da assistência, além de permitir estabelecer fluxos internos objetivos e condizentes com a realidade dos serviços (FRANÇA *et al.*, 2019).

Para Rodrigues *et al* (2019), o uso dos fluxogramas descriptores no processo de trabalho como instrumento de gestão justifica-se pela mudança do modelo assistencial que antes era centrado somente no saber médico, passando a ter o cuidado como resultado do engajamento da equipe assistencial e, por meio de uma construção coletiva, com ênfase no trabalho multiprofissional.

Assim, os cinco mestrandos propuseram a criação de dois fluxogramas de atendimento: o primeiro, um fluxograma para o Acesso Avançado em Unidades Básicas de Saúde e um fluxograma para guiar o SBV. A seguir, apresenta-se o detalhamento da construção de cada um dos fluxogramas.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE ACORDO COM O ACESSO AVANÇADO

Para Pires Filho *et al* (2019), uma das questões centrais da APS é o acesso ao cuidado. A qualidade no acesso aos serviços de saúde possui destaque nas políticas públicas em saúde e uma das formas atuais de promover e facilitar o acesso na APS é por meio do Acesso Avançado. O Acesso Avançado é uma estratégia de gestão que foi implantada em 2018 no estado de Santa Catarina, no sul do Brasil, com o objetivo de reorganizar o processo de trabalho nos serviços de Atenção Primária à Saúde do estado, prevendo melhorias no acesso e qualificação da atenção à saúde dos usuários. Possui como premissa fazer o trabalho de hoje no dia de hoje, propõe a equivalência entre a procura e a oferta, a redução do tempo de espera entre a procura e o atendimento propriamente

dito, a redução ou estabilização da demanda, o aumento da oferta e possibilita que os usuários sejam atendidos no mesmo dia, ou em até dois dias de espera (BONILLA, WOLLMANN, 2020).

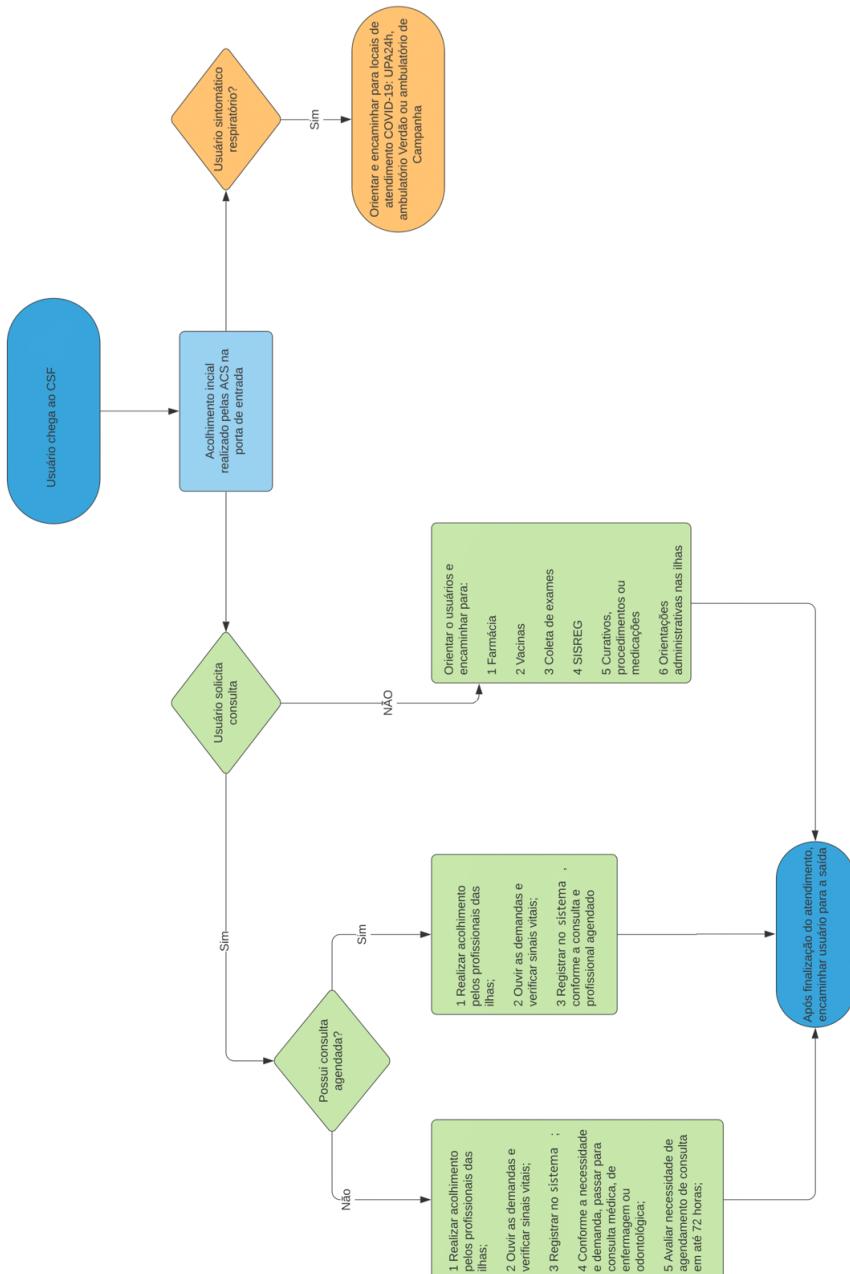
Tendo em vista que o Acesso Avançado busca possibilitar ao usuário atendimento de saúde no momento da procura pelo atendimento, o fluxograma desenvolvido que descreve o Acesso Avançado teve como base inicial o mapeamento dos passos percorridos pelos usuários dentro dos serviços de saúde, desde a sua entrada na UBS até a finalização do atendimento, descrevendo o caminho realizado para cada atendimento. A construção do fluxograma contemplou as etapas de: assimilação do Acesso Avançado em quatro UBS de atuação dos enfermeiros mestrandos, reconhecimento e definição das etapas comuns às quatro unidades.

Após concluído, o fluxograma passou por revisão dos enfermeiros coordenadores das UBS para aprovação. Realizados os ajustes necessários e aprovação, os fluxogramas foram confeccionados com auxílio do *software online Lucidchart*, que é de cadastro gratuito. Trata-se de um programa que permite elaborar representações gráficas de forma intuitiva, que disponibiliza sugestões para a confecção e a definição das formas e cores a serem utilizadas de acordo com o desenho de fluxograma que mais se aproxime do que se deseja representar.

A escrita descreveu o caminho percorrido pelo usuário dentro da unidade de saúde, desde sua entrada na UBS até a conclusão do seu atendimento. Em seguida, os fluxogramas foram expostos em pontos estratégicos visíveis ao público e às equipes.

A seguir, apresenta-se o fluxograma descritor desenvolvido para o Acesso Avançado:

Figura 1: Fluxograma de atendimento do Acesso Avançado.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

FLUXOGRAMAS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV) NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

Os fluxogramas de SBV para a atenção domiciliar, foram desenvolvidos para orientar a equipe multiprofissional quanto a assistência de SBV em intercorrências durante os atendimentos domiciliares. Um estudo realizado em 2017 com 81 alunos de um Núcleo de Biociências de um Centro Universitário de Belo Horizonte, identificou que a população estudada possuía conhecimento insuficiente sobre SBV precoce e, por vezes, conhecimentos adversos à atuação baseada em evidências, comprometendo o atendimento prestado (SILVA *et al.*, 2017).

Os fluxogramas instrumentalizam o profissional no atendimento domiciliar para suporte básico de vida foram fragmentado em três principais intercorrências, sendo elass: cliente desacordado/ cliente em parada cardiorrespiratória, crise convulsiva e, obstrução de vias aéreas por corpo estranho.

Os fluxogramas consideraram as especificidades de faixa etária no atendimento de cada situação e para isso foram especificados em bebê, criança e adulto. Para o desenvolvimento destes, a enfermeira mestrande que atua atenção domiciliar, um dos cenários de APS, realizou busca de referências na literatura que envolviam SBV e, após, utilizou-se da expertise de profissionais que atuam em setores de alta complexidade, como Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Pronto Atendimento (PA) e, Atendimento Pré-Hospitalar (APH). As formas geométricas utilizadas seguiram o padrão de construção de fluxogramas da instituição de atuação, sendo: quadrados com cantos arredondados indicam início e fim de processo, quadrado com linhas contínuas indicam a ação a ser desenvolvida, o quadrado pontilhado aponta as sugestões, e o triângulo indica duas opções (sim e não).

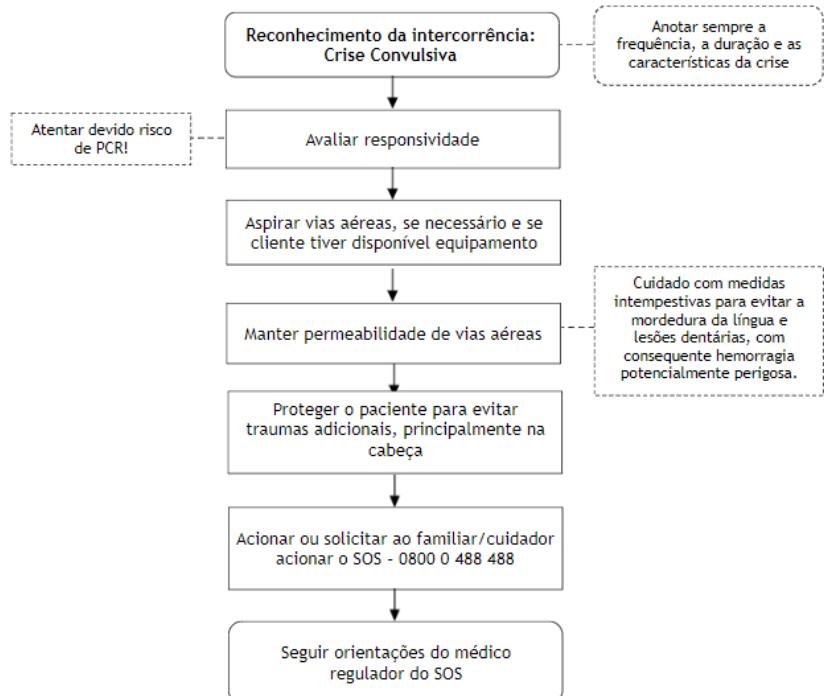
Após o desenho dos fluxogramas adaptados para a realidade de atendimento domiciliar e perfil de clientes atendidos, foi realizada uma reunião com enfermeira expert na área de urgência e emergê-

cia. Foram discutidas ações dos profissionais que estarão no domicílio para realizar manobras de SBV, visto que o fluxograma será utilizado por equipe multiprofissional (nutricionista, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional). Na sequência, os fluxogramas foram revisados pela enfermeira coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar e aprovados por enfermeira supervisora dos setores de Atenção Pré-Hospitalar (APH) e Pronto Atendimento (PA).

Em seguida, os fluxogramas foram padronizados pelo Setor de Qualidade da instituição de saúde e, então foram direcionados ao setor de Educação Continuada para treinamento da equipe multiprofissional.

Em seguida, apresenta-se os fluxogramas descritores desenvolvidos para atendimentos de suporte a vida em domicílio:

Figura 2: Fluxograma Suporte a vida em domicílio - crise convulsiva



Crise Convulsiva ou epilética

Pode ser uma manifestação de um processo patológico sistêmico reversível ou de uma disfunção inerente ao Sistema Nervoso Central.

Sinais e sintomas:

- Súbita perda da consciência, acompanhada de contrações musculares involuntárias, cianose, sialorreia, lábios e dentes cerrados.
- Eventual liberação esfíncteriana caracterizada por incontinência fecal e urinária.

Na fase pós-convulsiva: sonolência, confusão mental, agitação, flacidez muscular e cefaleia, sinais de liberação esfíncteriana.

Crise generalizada tônico-clônica" (CGTC)

Manifestação mais comum.

Raramente ultrapassa 5 minutos de duração.

Estado mal epilético (EME)

É a ocorrência de crises epiléticas prolongadas (acima de 5 minutos) ou repetitivas, persistindo por 30 minutos ou mais, que não permitem a recuperação da consciência entre os eventos.

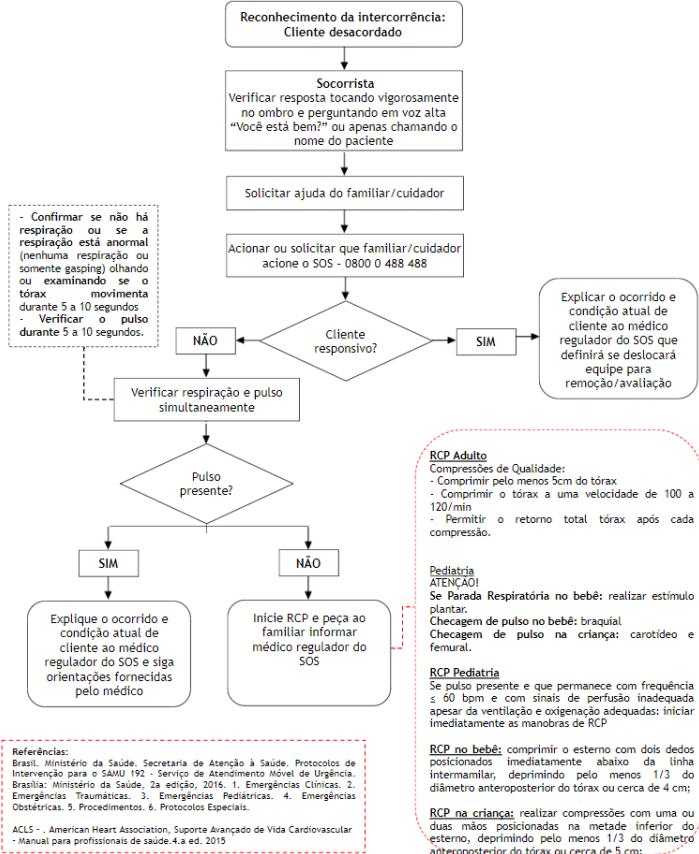
Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição, 2016. 1. Emergências Clínicas. 2. Emergências Traumáticas. 3. Emergências Pediátricas. 4. Emergências Obstétricas. 5. Procedimentos. 6. Protocolos Especiais.

ACLS - American Heart Association, Suporte Avançado de Vida Cardiovascular - Manual para profissionais de saúde. 4.a ed. 2015

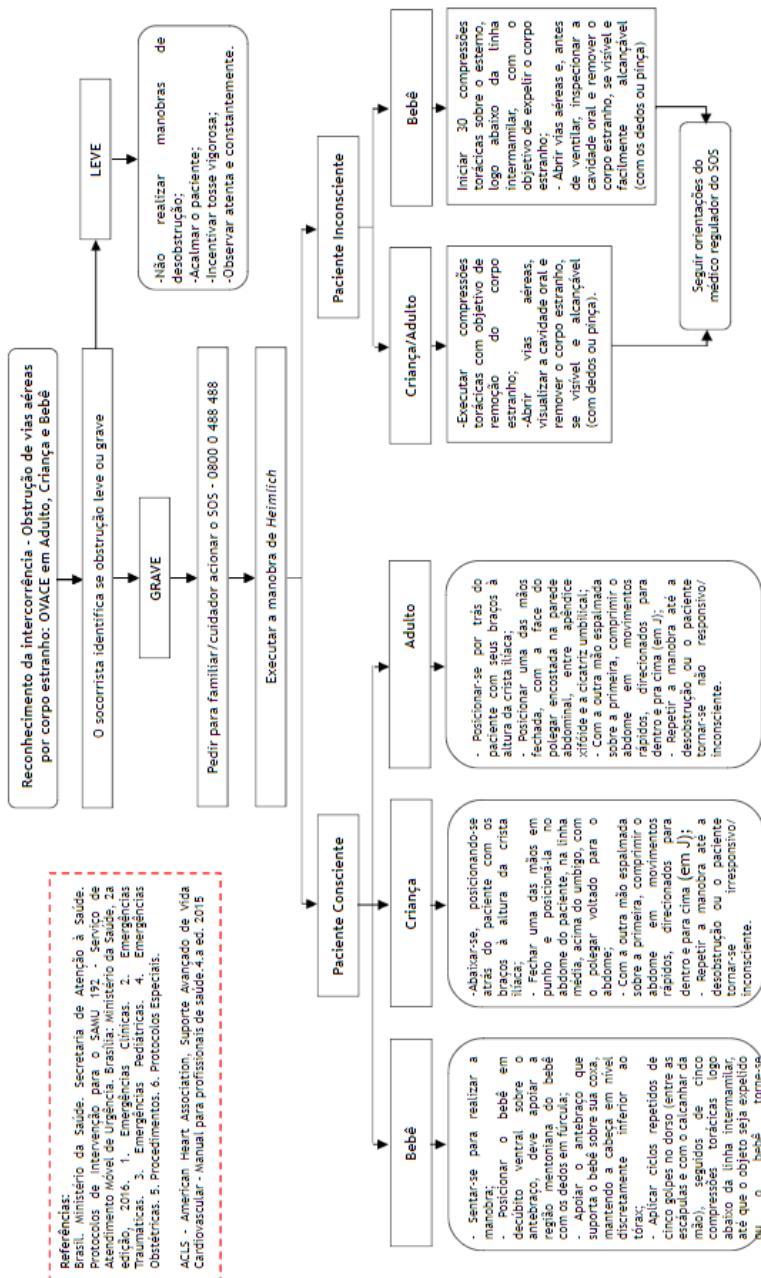
Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Figura 3: Fluxograma Suporte a vida em domicílio - cliente desacordado



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

**Figura 3: Fluxograma Suporte a vida em domicílio
- obstrução de via aérea por corpo estranho**



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Os enfermeiros são profissionais essenciais para o gerenciamento de serviços de saúde, tornando imprescindível o uso de ferramentas de gestão por esses profissionais. Embora existam peculiaridades nas atividades da gerência de enfermagem nos diversos serviços de saúde, é unânime a concepção de que o papel do enfermeiro gerente exige um amplo senso de responsabilidade em assumir a liderança das ações, bem como possuir a capacidade de supervisionar, planejar e negociar, visando sempre a melhoria do processo de trabalho e a qualidade da assistência.

A construção e uso dos fluxogramas nos serviços de saúde contribuiu para a (re)organização do processo de trabalho das equipes, qualificando a assistência prestada ao usuário e garantindo fluxos assertivos e seguros para assistência de enfermagem e da equipe multidisciplinar, além de ser um importante facilitador de disseminação de informações para a equipe e para os usuários. Os fluxogramas descreveram de forma clara fluxos, sequências ou processos de trabalho e foram construídos utilizando-se símbolos e cores que facilitam sua utilização e compreensão.

As construções podem ser melhoradas, ampliadas, adaptadas conforme a realidade de cada setor ou unidade. Representam as ações de maneira ilustrativa com início, deslocamentos, armazenamentos, esperas, inspeções, interrupções e conclusões de um processo, assim como representam o fluxo de informações e as consequências decorrentes da escolha da atuação ou não em determinado momento do processo pelo profissional ou usuário que o utilizar.

Espera-se que os fluxogramas elaborados sejam utilizados e contribuam na melhoria dos serviços de saúde, tanto para o trabalho das equipes, quanto para a assistência aos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como proposta de atividade da disciplina Gestão e Avaliação dos Processos de Trabalho em Saúde e Enfermagem da UDESC, as mestran-

das contemplaram a elaboração de fluxogramas que podem ser utilizados em seus contextos atuais de trabalho. O mestrado profissional fomenta e incentiva mudanças na prática profissional, aplicando o conhecimento teórico e científico na prática e na realidade de trabalho dos mestrandos.

O fluxograma descritor não é apenas a representação cartográfica do processo de trabalho, mas também proporciona a organização e sistematização do processo de trabalho. Espera-se que os fluxogramas sejam facilitadores do cotidiano dos profissionais e de suas equipes, trazendo melhorias na assistência prestada e que contribuam na acessibilidade, almejando um atendimento de qualidade e melhor direcionamento dos usuários de acordo com suas necessidades dentro das UBS e nos atendimentos domiciliares, ao permitir maior visibilidade do processo de trabalho nos serviços de saúde, podendo tomar-se uma ferramenta auxiliadora do processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

BONILLA, P. P. DE G.; WOLLMANN, L. Avaliação da implantação do acesso avançado nos indicadores de qualidade de uma unidade de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2360, 17 jul. 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2360/1553>. Acesso em: 22 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: MS; 2015. Acesso em: 19 jun. 2021.

FERREIRA, V. H. S., et al. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, n. e20180291, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/bNCNmx8B8fZFyWZfCG9WLm/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2021.

FONTANA, K.C.; LACERDA, J.T. de; MACHADO, P.M. de O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 64–80, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HpKx9c4yZwGTmvBxQ8H69Wf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2021.

FRANÇA, M.A.S.A. et al. Uso de ferramentas de gestão na micropolítica do trabalho em saúde: um relato de experiência. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro,

v. 43, n. Especial 6, p. 138-146, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe6/138-146/pt>. Acesso em: 19 jun. 2021.

FULTON, J. S. et al. Description of Work Processes Used by Clinical Nurse Specialists to Improve Patient Outcomes. **Nurs Outlook [serial on the Internet]**. 2019. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655419300314?casa_token=JhTz1ehrTCQAAAAA:wx-KFK2e0LhtOhGkhrA1jc8g5yLiWsf0_4EgrtsWrqjmIDhX1E2MXzm-SUeDvwaO0I8XSu-l6TxPA. Acesso em: 14 jun. 2021.
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2019.03.001>

GALDINO, S. V. et al. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, n. supl., p. 1023, 27 jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3569/3252>. 14 jun. 2021.

PIRES FILHO, L. A. S. et al. Acesso avançado em uma unidade de saúde da família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, pág. 605-613, abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gBZ9q7kH36VM9pphyhfXsPq/?lang=pt>. 19 jun. 2021.

PIRES, D. E. P., et al. Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto Contexto Enferm [Internet]**. 2019; 28:e20160426. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/tZPyYVKzYGjV6gdY-qp68XNf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2021.

RODRIGUES, R. P. et al. Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 6, p. 109-116, dez 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe6/109-116/>. 22 maio 2021.

RODRIGUES, R. P. et al. Tecnologias em Saúde: aperfeiçoar o processo de trabalho pautado na gestão da clínica e do cuidado. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 2922-2932, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/6221/5523>. Acesso em: 19 jun. 2021.

SILVA, K.R et. al. Parada cardiorrespiratória e o suporte básico de vida no ambiente pré-hospitalar: o saber acadêmico. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 43, n.1, p. 53-59, jan./abr. 2017. Disponível em:<https://periodicos.ufsm.br/revistasaudade/article/view/22160/pdf>. Acesso em: 19 jun. 2021

SILVA, V. B. S., et al. Construção coletiva de um fluxograma para acompanhamento das gestantes com sífilis no município de São José-SC. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v.25, e65361, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1414-85362020000100314&lng

CAPÍTULO 18

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CAMINHOS PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Karina Schopf,
Aline Lemes de Souza
Carine Vendruscolo
Clarissa Bohrer da Silva
Jeane Barros de Souza
Poliana Lopes Alves

INTRODUÇÃO: INTERFACES ENTRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE E A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada uma estratégia transformadora, em relação às práticas dos profissionais e aos atores envolvidos no processo, ao valorizar a experiência, o conhecimento e os desafios que perpassam a realidade das equipes multiprofissionais, no cotidiano de trabalho. Com tais contornos, visa a ação pedagógica, mediante metodologias problematizadoras e participativas, tendo como foco a realidade local e as demandas do processo de trabalho (CAMPOS, MARQUES, SILVA, 2018).

No Brasil, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, é considerada um destaque entre as prescrições para a educação dos profissionais da saúde, durante o trabalho. Um dos grandes impulsio-

nadores dessa institucionalização a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003. Esta Secretaria aproximou os Ministérios da Saúde e da Educação, mediante iniciativas que se voltavam a educação na saúde, incentivando a integração do ensino-serviço, com valorização da Atenção Primária à Saúde (APS), com isso, favorecendo o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

Nessa perspectiva, a APS representa cenários de práticas promissoras para a consolidação da EPS, pois a atuação dos profissionais demanda constante reflexão e implementação de ações que contribuam para mudanças no processo de trabalho, por meio da troca de saberes e do fortalecimento de práticas interdisciplinares. Assim, pautada nessa concepção político-pedagógica, a EPS corrobora para a qualificação e aperfeiçoamento profissional no ambiente de trabalho, viabilizando espaços reflexivos de acordo com a realidade local. Nesse sentido, como instrumento viabilizador de análise crítica, estimula os profissionais a buscar soluções coletivas e criativas para a superação de problemas reais. Por meio da qualificação da prática, há um favorecimento para o aumento da resolubilidade e a eficiência dos serviços ofertados, possibilitando a transformação e aperfeiçoamento do processo de trabalho, impactando nos resultados em saúde (BRASIL, 2018).

No âmbito da APS, um dos temas emergentes e que merece a atenção dos profissionais de saúde é a Prevenção Quaternária (P4). Apesar de ser um conceito relativamente recente, a P4 tem demonstrado o seu nível de significância para os serviços públicos de saúde, pois demanda habilidades específicas para os profissionais das equipes, a fim de evitar riscos de ações preventivas excessivas aos usuários. Atualmente, as ações preventivas ampliaram significativamente, principalmente, pela influência do avanço tecnológico e científico, com inserção de tratamentos preventivos na área da farmacologia e, consequentemente, tem estimulado a conversão de pessoas saudáveis em doentes (TESSER; NORMAN, 2021).

A P4 é um tipo de ação preventiva não direcionada à doença, ou seja, consiste em ações que visam identificar pessoas em risco de tratamentos excessivos e/ou desnecessários, seja medicamentoso ou de intervenções clínicas, como exames e procedimentos, os quais podem resultar em possíveis danos. Com isso, a P4 não incide sobre o risco da doença, mas sobre o risco de adoecimento iatrogênico, protegendo pessoas saudáveis de práticas intervencionistas danosas. Nessa direção, reafirma as boas práticas no agir ético dos profissionais, com vistas a reduzir o excesso de intervenções e iatrogenias clínicas, sociais ou culturais (ADAMY et al., 2021).

A partir dessas reflexões iniciais, este capítulo tem como objetivo compartilhar as percepções dos profissionais de duas equipes de APS sobre a necessidade e a importância de momentos de EPS para fortalecer a Prevenção Quaternária.

A PESQUISA PARTICIPATIVA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

As experiências aqui relatadas, partiram de dois estudos de abordagem qualitativa, com utilização da pesquisa participativa, voltados à investigação de concepções e práticas de P4, em dois municípios de pequeno porte, na região Oeste de Santa Catarina. Ambas as intervenções configuraram um recorte da macro pesquisa: “Prevenção Quaternária na Atenção Primária: interfaces com as melhores práticas em saúde”, do Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS), grupo de pesquisa do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Optou-se pela metodologia participativa por entender-se que este tipo de investigação é capaz de fomentar a EPS entre os participantes, ao partir de temáticas consideradas “situações limite” entre os componentes do grupo. Situações limite são aqueles empecilhos, que interferem na vida das pessoas e coletividades e que precisam

ser superados de tal forma que a ação pedagógica realizada se torne uma possibilidade de interesse coletivo (FREIRE, 2017). Nessa direção, tal iniciativa é capaz de contribuir para a compreensão das percepções dos profissionais sobre este tema, além de propor movimentos pedagógicos para a transformação da prática (WEBER, VENDRUSCOLO, ADAMY et al., 2020).

A produção das informações aconteceu entre junho e novembro de 2020, por meio de duas rodas de conversa (uma em cada município), em encontros presenciais e virtuais com profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), perfazendo 100% da cobertura da ESF, nos dois municípios participantes, os quais foram denominados de A e B. Fizeram parte do estudo 18 profissionais de saúde (três médicos, dois enfermeiros, três cirurgiões dentistas, três fisioterapeutas, duas nutricionista, duas psicólogas, dois farmacêuticos e uma educadora física), sendo nove do município A e nove do município B.

Por tratar-se de um referencial teórico-metodológico que sugere um processo dialógico e participativo, a análise das informações ocorreu concomitantemente à sua produção (VENDRUSCOLO et al., 2020). Contudo, os depoimentos dos participantes foram gravados e transcritos, e posteriormente, também analisados com base nas três etapas da Análise Temática de Conteúdo: a) pré-análise; b) exploração do material e tratamento dos resultados obtidos; e, c) interpretação (MINAYO, 2014).

As questões norteadoras dos diálogos foram relacionadas às demandas próprias de cada um, sendo assim, a questão norteadora da pesquisa no município A foi: como os profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) reconhecem as ações preventivas sob articulação da APS, em especial direcionada à prática da P4? As categorias temáticas para organização e análise dos dados foram: a) percepções dos profissionais sobre P4; b) perspectivas para o desenvolvimento de ações de P4. No município B emergiu a seguinte questão norteadora da pesquisa: quais os saberes e fazeres dos profissionais que atuam na APS sobre a P4? Para a análise das informações foram consideradas as seguintes

categorias temáticas: a) percepções dos profissionais em relação a P4; b) possibilidades dos profissionais para o desenvolvimento da P4 e; c) desafios dos profissionais em relação ao desenvolvimento da P4.

O estudo obedeceu aos critérios do Comitê de Ética da UDESC, sob parecer número 3.375.951/2019. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e assinado pelos que aceitaram participar da pesquisa, possibilitando a gravação dos encontros. O anonimato dos participantes foi preservado, atribuindo a eles codinomes: letra P de Profissional, seguida da inicial da categoria profissional e número de ordem, seguida de letra M de Município, e por fim de letra A ou B, conforme a localidade.

O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS SOBRE A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os profissionais dos municípios A e B reconheceram, inicialmente, um déficit de conhecimento sobre o conceito de P4, porém, em ambas as localidades, percebe-se que há possibilidades de desenvolver e/ou melhorar as práticas de P4 já desenvolvidas. Em meio as discussões promovidas, foi possível abordar a temática e, com isso, houve a compreensão de que os profissionais desenvolvem algumas ações nessa direção, mesmo que nem todos associem à temática.

“[conceito de prevenção quaternária] então, não tinha total conhecimento não e ainda não tenho, vou ter que aprender bastante”. (PO1MB)

“[...]a integração das práticas integrativas nas unidades de saúde. Os pacientes, além da consulta, às vezes eles vêm só para essas práticas e nem voltam para o médico [...] a aurículo [auriculoterapia], é um caminho que veio para auxiliar a desmedicalização e o excesso de intervenções[...]”. (PF1MA)

“[...] às vezes a dor que o paciente tem é oriunda de um outro problema, mais emocional. Ela [terapia floral] vem a somar muito positivamente nos tratamentos”. (PP2MB)

O processo de medicalização envolve níveis culturais e sociais que, por vezes, impedem os indivíduos de lidar com situações inerentes a vida cotidiana, o que faz com que eles busquem, cada vez mais, por intervenções profissionais. Isso reflete na crescente demanda por atendimento médico na APS que, juntamente com a falta de conhecimento dos profissionais sobre a importância da P4, transforma os atendimentos em um ciclo vicioso, medicalizando as ações em todos os encontros com os usuários (TESSER; NORMAN, 2021). Esse processo torna primordial ações de EPS que abordem essa temática.

Em ambas as localidades, foi reconhecido pelos participantes a possibilidade de fomentar redes de apoio e discussão no cotidiano laboral, como também, se destacou a importância da participação da gestão para o fortalecimento das ações de EPS.

“[...] participação do gestor, o momento deve ser pensado e organizado com o envolvimento de todos [...] tornar um momento de troca, válido e em momento que todos possam participar [...]” (PF1MA)

“[...] as reuniões com o grande grupo [todos os profissionais de saúde] que elas sejam mais objetivas.” (PE3MB)

É por gerar diálogos desta natureza que se considera que a metodologia participativa, utilizada para a produção e registro dos dados da pesquisa se configurou como ação de EPS, oportunizando a reflexão e a aprendizagem no cotidiano das instituições de saúde.

Apesar de ter passado mais de uma década da implantação da PNEPS, ainda momentos de EPS são pouco praticados ou valorizados no cotidiano das equipes. Por vezes, as ofertas educativas são

verticalizadas e essa prática é compreendida como possível apenas em momentos programados e sistemáticos, voltados a formalidades e conhecimento técnico especializado. Realizada nesse formato, a prática educativa se afasta do seu papel transformador, voltada a situações do cotidiano e realizada pelos próprios profissionais do serviço, mediante suas experiências, dificuldades e anseios (SILVA, SCHERER, 2020).

Durante a investigação, quando questionados sobre os momentos de reuniões que podem se constituir como oportunidades pedagógicas para a equipe, os participantes sinalizam dificuldades relacionadas ao apoio institucional.

“[...] todo mundo precisa falar da mesma forma, saber como funciona os atendimentos [...].” (PF2MA)

“[...] o trabalho precisa ser compreendido dentro de uma questão intersetorial [...].” (PE1MA)

“[...] nunca foi feito de maneira satisfatória [as reuniões] e no momento não existem [...].” (PM4MB)

A APS, como porta de entrada principal do SUS, por meio das eSF, propõe um cuidado mais próximo das pessoas e famílias. Diante disso, a EPS visa fortalecer as práticas na APS, transformando e qualificando a promoção da saúde da população. No entanto, para que haja a legitimação da EPS neste ponto da rede de serviços, há a necessidade do seu reconhecimento como política educativa, no cotidiano de prática (FERREIRA et al., 2019).

Para tanto, todos os sujeitos devem estar envolvidos para que a educação ocorra de maneira multiprofissional, colaborativa e coletiva, gerando espaços de comunicação e compartilhamento de saberes ao promover movimentos de educação permanente para os profissionais, para além de processos formais, que desenvolvem a potência

do conhecimento construído através do trabalho e na realidade da equipe. Tudo isso requer o apoio da gestão para o acesso às diferentes possibilidades de educação, como primordial para fundamentar como um dispositivo transformador do seu trabalho, a fim de fortalecer a rede de serviços do SUS (VENDRUSCOLO et., 2020). Este tipo de organização contribui à produção do conhecimento formal e não formal, capazes de contribuir para a transformação da prática profissional, a partir da realidade vivida no trabalho e, por conseguinte, melhora a oferta de cuidados na assistência aos usuários (CAMPOS, MARQUES, SILVA, 2018).

Os participantes apontam para a importância do trabalho em equipe e da participação da gestão para efetivação de momentos de EPS, além do conhecimento dos serviços prestados e das políticas públicas, considerados aspectos cruciais para o seu desenvolvimento, prejudicados pela falta de tempo e excesso de demanda.

“[...] é muita quebra-cabeça que pode gerar muito estresse, inclusive, porque a gente vai ter que sair do que “eu acho” para o que “nós achamos”, essa situação é o maior desafio [...].” (PE1MA)

“[...] tempo adequado de consulta para melhorar a escuta [...].” (PP2MA)

“São poucas as vezes que a gente consegue sentar com o paciente, fazer uma orientação, uma consulta de enfermagem como deveria ser.” (PE3MB)

“[...] educação continuada, os profissionais poderem fazer cursos, palestras para a motivação da equipe”. (PE1MA).

Nessa direção, cumpre destacar o conceito de interprofissionalidade, aliado à Educação Interprofissional – EIP, que tangencia e contribui para a coordenação do cuidado e para a longitudinalidade,

ao incorporar ações como o trabalho em equipe, a negociação de processos decisórios, a construção coletiva de conhecimento, bem como o respeito as diferenças e singularidades (ARAÚDO et al., 2017).

“[...] Reuniões multidisciplinares, não só reunião mensal [...] discussão de casos individuais, casos em que os pacientes vêm muito no posto [hiperutilizadores dos serviços de saúde], o que está acontecendo, discutir situações que não estão totalmente entendidas [...] educação continuada, os profissionais poderem fazer cursos [apoio da gestão], palestras para a motivação da equipe [...].” (PM1MA)

“[...] [envolver mais os Agentes Comunitários de Saúde] pra discutir junto com ele e identificar [as necessidades de saúde] a realidade, porque ele conhece muitas coisas que a gente não vê ali na Unidade de Saúde.” (PE3MB)

Entende-se que há a necessidade de valorizar as estratégias de EPS, tanto como ferramenta de ensino-aprendizagem, como de remodelação da assistência à saúde (SILVA, SCHERER, 2020), bem como, propõe-se o desenvolvimento de outros estudos, voltados a sistematização de momentos de EPS, fortalecendo essa política no cotidiano de prática das equipes de saúde. Vale lembrar que, em ações dessa natureza, também é relevante a integração ensino-serviço, com o envolvimento da academia com os processos de trabalho, além das instâncias gestoras. Tal iniciativa pode ser mais promissora com a criação de espaços dialógicos, com a participação dos atores envolvidos em ambas as instâncias (ensino e serviço), favorecendo o enriquecimento intelectual de maneira horizontal e flexível (VENDRUSCOLO, PRADO, KLEBA et al., 2018).

Em relação a P4, a EPS foi reconhecida pelos participantes, como uma estratégia para fomentar o controle do uso de medicamentos e solicitação de exames, por vezes excessivos, pelos profissio-

nais prescritores das eSF. Por ser um conceito complexo, cuja aplicabilidade requer o remodelamento das práticas em saúde, a P4 exige conhecimentos técnicos que necessitam de qualificação.

“[...] é preciso atualização constante dos profissionais, eu vejo que muitas vezes; já faz tempo que mudou algumas técnicas, alguns conceitos e a atualização por uma causalidade vem ao nosso conhecimento [...].” (PE1MA)

“[...] e a qualificação vai ter que ser trabalhada nessa dinâmica de educação permanente com a própria equipe [...].” (PFA2MA)

“ [encontros multiprofissionais] para discutir o caso de um paciente, ver os pontos de vista de cada profissional sobre esse paciente e elaborarmos de uma forma conjunta, em uma determinada situação, um plano de tratamento, onde possamos estar juntos se envolvendo com esse paciente. [...] Monitorar esse paciente, reforçando a parte de prevenção primária. No meu ponto de vista, a [prevenção] quaternária seria bem mais fácil de ser realizada se o paciente tivesse uma total compreensão e conhecimento sobre a prevenção primária.” (PO1MB)

Nessa perspectiva, os momentos de EPS favorecem reflexões e debates multiprofissionais capazes de promover mudanças no cenário de prática e concretizar a implementação da P4 (DEPALLENS et al., 2020; FERREIRA et al., 2020). Mas ainda há lacunas e pontos frágeis, relacionados com as iniciativas de EPS na APS, que necessitam ser superados. A maioria das dificuldades estão relacionadas tanto à falta de participação e interesse dos próprios profissionais de saúde quanto as iniciativas de momentos pedagógicos no serviço. Ainda, há falta de interesse da gestão, por vezes, pelo desconhecimento da significância da EPS e das especificidades e diretrizes do SUS (FERREIRA et., 2021). Isso tem contribuído para um predo-

mínio do modelo formativo fragmentado, com transmissão unidirecional de informação, apoiada no saber biomédico (FERREIRA et al., 2019). Diante do exposto, a EPS pode favorecer a implementação da P4 na APS, mas ainda há obstáculos a ultrapassar para alcançar sua efetivação nos serviços de saúde.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO CAMINHO POSSÍVEL PARA A P4

Momentos de EPS são capazes de contribuir significativamente na troca de saberes e transformação da prática. A importância desses momentos foi reconhecida pelos participantes da pesquisa, que também, apontam desafios que ainda necessitam ser superados para sua efetivação nos serviços de saúde, tais como: planejamento e incentivo da gestão para momentos de EPS, reconhecimento da EPS como ferramenta estratégica e necessária para transformação do modelo assistencial. Entretanto, para que a EPS aconteça é necessário apoio de todos os atores envolvidos para sua organização, instrumentalização e operacionalização na prática.

Além do apoio institucional e multiprofissional, há a necessidade de uma maior articulação entre o serviço e as instituições de ensino, com vistas ao incentivo e fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem no trabalho, criando espaços dialógicos, reflexivos, de forma participativa e contínua, que busquem atender as necessidades locais, e, por conseguinte, possam repercutir na qualidade dos serviços ofertados.

Em relação à P4, os participantes reconhecem suas limitações em relação ao conceito, mas evidenciam que, por meio de ações de EPS, há possibilidades para a aplicabilidade da P4 com melhorias nas práticas já realizadas. Estas são importantes para diminuir riscos decorrentes de intervenções excessivas que, por vezes, podem ocasionar iatrogenias.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, E.K. *et al.* **Prevenção Quaternária:** possibilidades a partir da educação de profissionais da saúde. In: VENDRUSCOLO, C.; TESSER, C. D.; ADAMY, E.K. (org.). *Prevenção Quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde*. Porto Alegre: Moria; 2021a.
- ARAÚJO, T.A.M. de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 21, n. 62, p. 601-613, 23 jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CAMPOS, K.F.C.; MARQUES, R.C.; SILVA, K.L.. Educação permanente: discursos dos profissionais de uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 22, n. 4, 29 out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0172>.
- DEPALLENS, M.A. et al. Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 24, n. 1, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190584>.
- FERREIRA, D.S. et al. Obstacles to the educational praxis of nurses in the Family Health Strategy. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 42, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190521>.
- FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 120, p. 223-239, mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 64. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

SILVA, C.B.G.; SCHERER, M.D.A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190840>.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Prevenção quaternária e medicalização: conceitos inseparáveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 25, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.210101>.

VENDRUSCOLO, C. et al. Ações do enfermeiro na interface com os núcleos ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.L.], v. 54, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2019008903642>.

VENDRUSCOLO, C. et al. Contribuições da educação permanente aos núcleos ampliados de saúde da família. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 3, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0273>.

VENDRUSCOLO, C. et al. Instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1353-1364, 2018. FapUNIFESP (SciELO). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0180>.

WEBER, M.L.; VENDRUSCOLO, C.; ADAMY E.K. et al. **Itinerário de Educação Permanente para Melhores Práticas em Enfermagem na Rede de Atenção**. In.: Zanatta EA et al (org.). Produção do mestrado profissional em enfermagem na atenção primária à saúde: contributos para a gestão e o cuidado. Florianópolis: UDESC, 2020.

CAPÍTULO 19

OFICINA DE PREVENÇÃO A COVID-19: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Raquel Cristina Sulzbach

Lucimare Ferraz

Suéli Regina Sulzbach

Camila Soligo Bernardi

INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é fundamental nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), já que visa melhorar os processos de formação e reorganizar os serviços prestados à população. A EPS tem como ponto de partida problemáticas da realidade e foco nas exigências e demandas, cujas ações são pensadas a partir de estratégias e métodos que relacionam o ensino e aprendizagem para promover a construção do conhecimento numa vinculação horizontal, interdisciplinar e inter-setorial (FERREIRA et al., 2019).

A EPS é fundamentada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que foi instituída no ano de 2004 pelo Ministério da Saúde (MS) para fortalecer os processos de ensino e aprendizagem para qualificar a assistência em saúde. No ano de 2017 foi iniciado, também pelo MS, o processo de “Retomada da PNEPS”, com intuito de recolocar as ações da Política em questão, em pauta nas discussões das políticas públicas do país (BRASIL, 2018).

A APS é a porta principal de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e também, a ordenadora das Redes de Atenção em Saúde

(RAS). Para tal, esse nível de atenção é responsável por ações individuais, familiares e coletivas, que são compostas pela promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

Na APS, a equipe de Saúde da Família (eSF) está voltada para a promoção da saúde na comunidade, e tem por objetivo garantir às pessoas o direito de acesso, integral e equânime, aos serviços de saúde, de acordo com os princípios do SUS. O profissional enfermeiro tem papel de grande destaque em uma equipe multiprofissional, já que possui a responsabilidade de realizar educação em saúde para o usuário, família e coletividade, além de orientar a equipe de trabalho (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

Para a efetivação das ações da APS, pode-se destacar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como trabalhadores estratégicos na disseminação de informações. Logo, os ACS devem passar por constantes atividades de EPS para que consigam atender a população adscrita com qualidade e segurança (AZEVEDO NETO et al., 2021).

Atualmente, vive-se mundialmente, uma crise sanitária, decorrente ao enfrentamento do *Coronavirus Disease-19* (COVID-19). Esta situação desafia gestores, setor econômico, social e de saúde. Na APS, especialmente na eSF, buscou-se estratégias para enfrentar tal situação, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde coletiva, relacionada à pandemia (AZEVEDO NETO et al., 2021). Sendo assim, neste momento pandêmico, o ACS é essencial para auxiliar na orientação adequada da população quanto as maneiras de prevenção da COVID-19 (BRASIL, 2020).

A partir da problemática da pandemia de COVID-19, foi desenvolvida uma oficina mediada por uma enfermeira da Atenção Primária através de um encontro virtual com os ACS para orientações e troca de conhecimentos pertinentes as formas de prevenção dessa doença.

Este capítulo tem por objetivo relatar a experiência de uma oficina de educação em saúde realizada através de uma roda de conversa online para ACS da APS, abordando medidas protetivas não farmacológicas no período de pandemia causada pela COVID-19, momento em que foi problema-

tizada e enfatizada, principalmente, a importância da utilização correta da máscara, do isolamento social quando possível, e da higienização das mãos.

MÉTODO

Estudo descritivo, tipo relato de experiência, relacionado a uma atividade de educação em saúde realizada de forma online pelo profissional enfermeiro que foi o mediador, com ACS que atuam na APS do município de Pinhalzinho, Santa Catarina (SC). A ação aconteceu no dia 01 de julho de 2020 com duração de uma hora e trinta minutos, por meio de uma roda de conversa virtual, através da *Plataforma Zoom*. O convite foi realizado por meio do aplicativo *WhatsApp*, por meio do qual foi encaminhado um link com data e hora da atividade. A participação foi voluntária, conforme a disponibilidade dos ACS, contando com a presença de 15 trabalhadores.

Inicialmente, foi realizada a recepção dos ACS que entraram na sala da *Plataforma Zoom*, com a mediadora dando as boas-vindas e agradecendo a presença de todos os que se fizeram presentes. Após a recepção, foi realizada a apresentação pessoal da enfermeira que foi mediadora da roda de conversa e brevemente explicado como se daria a dinâmica da atividade.

A figura abaixo destaca as etapas da oficina de prevenção à Covid-19.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021)

Os participantes do encontro foram incentivados a refletir sobre os momentos vivenciados através de perguntas disparadoras realizadas pela mediadora. Todos os participantes foram instigados a relatar sobre suas vivencias no período da pandemia e a partir dos problemas e situações levantados, em grupo, através de uma conversa livre foram destacados a melhor conduta a ser tomada naquele momento pandêmico.

O encontro constituiu-se em um espaço de promoção da saúde, com um compartilhamento de saberes, em um momento de muitas incertezas. Os participantes tiveram a oportunidade de expressar seus sentimentos, medos e anseios, e num aprendizado mútuo buscou-se o bem-estar dos participantes no período de enfrentamento à Covid-19.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No contexto pandêmico, tornou-se necessária a realização de encontros virtuais, emergindo como uma prática inovadora. Nesse cenário são utilizados dispositivos eletrônicos como ferramenta, possibilitando a integração de todos os participantes do estudo em tempo real, mesmo distantes geograficamente (SOUZA et al., 2020).

Com a pandemia por COVID-19 apontou vários aspectos que necessitam de atividades de EPS para as equipes de saúde da APS. Para a efetivação das ações em saúde durante a crise sanitária em questão, fez-se necessário pensar e desenvolver estratégias para disseminar e trocar conhecimentos sobre temáticas relacionadas a COVID-19, de forma efetiva e estratégica, com a população.

Os ACS são profissionais estratégicos para a concretização de ações na APS, sendo responsáveis por potencializar diariamente o acesso e o vínculo da comunidade com as equipes (AZEVEDO NETO et al., 2021). Ainda, a pandemia trouxe uma certa reconfiguração para o ACS, exigindo que os mesmos intensificassem seu conhecimento para então, compartilhar com a comunidade (SANTOS DA ROSA et al.; 2020). Por isso, constatando a necessidade de orientar e munir a população com informações e conhecimentos acerca dos meios de

prevenção contra a COVID-19, optou-se em realizar uma roda de conversa online para instrumentalizar os profissionais ACS.

A atividade de EPS foi mediada por uma enfermeira de uma eSF. Atualmente, são os enfermeiros que orientam grande parte das atividades de ensino/aprendizagem da EPS, em vista da sua configuração dentro da APS. A EPS é uma das formas mais profícias de qualificar os trabalhadores e profissionais da atenção primária, o que contribui para a satisfação e a valorização dos servidores, sendo um valioso instrumento para o aperfeiçoamento do processo de trabalho na APS (SILVA, 2017).

A EPS se dedica a enfrentar problemas reais do trabalho, considerando os conhecimentos e as experiências prévias dos profissionais e trabalhadores, tornando as ações mais flexíveis e adaptáveis à demanda do dia a dia. Nesse processo, os profissionais ocupam a posição de atores reflexivos e também, construtores de conhecimento, pois participam ativamente da identificação e solução dos problemas (SILVA et al., 2017).

A roda de conversa tem formato dinâmico e consiste em um método no qual cria-se um espaço para diálogo, com exposição de cada participante, que escuta os outros e a si. Com isso, ocorre a construção de autonomia dos indivíduos, através da problematização, da troca de informações e de reflexão sobre a ação. Ocorre o empoderamento dos envolvidos e ainda, se fortalece a autonomia profissional (ADAMY et al., 2017).

A problematização dos temas, que foi a metodologia utilizada para esta atividade, possibilita reflexão, gerando ressignificação e construção de saberes novos (FERREIRA et al., 2019). Por este motivo, na sequência da atividade, a enfermeira problematizou questões relacionadas a Pandemia pela COVID-19, explanando sobre a importância de se prevenir a doença, especialmente com a utilização da máscara, higienização das mãos, isolamento social e as demais medidas que diminuem os riscos de contagio e consequentemente atenuam o aumento do número de casos de COVID-19.

A forma de abordar o conteúdo foi através de uma apresentação através do Programa *Microsoft PowerPoint* e um vídeo relacionado a temática. No decorrer da atividade desenvolvida uma satisfatória contribuição dos participantes foi obtida, através de diálogo.

Considerado um momento singular, o diálogo entre os participantes da roda de conversa, consiste em exercício de escuta e fala, no qual cada um expõe suas percepções sobre o tema, bem como interage para complementar, discordar ou concordar sobre o assunto tratado. Neste momento ocorre a reflexão e ponderação, além do compartilhamento de informações entre os indivíduos envolvidos (ADAMY et al., 2017).

Na realização das atividades de EPS, se faz necessário ter apporte teórico para realizar a atualização (FERREIRA et al., 2019). A teorização foi fundamentada a partir das informações disponibilizadas por sites da Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e artigos científicos disponíveis online. Dentre os tópicos e medidas não farmacológicas abordadas durante a atividade realizada, destacou-se a importância da utilização da máscara e etiqueta respiratória, o distanciamento social, a higienização das mãos e a prática da limpeza dos objetos e superfícies.

Atualmente, já se acumulam evidências científicas referentes a efetividade do uso de máscaras para a prevenção da contaminação pelo Covid- 19 justamente pela transmissão do vírus em questão se dar por via respiratória (LIANG, et al. 2020). Logo, as orientações referentes ao tópico em questão envolveram a importância da utilização correta da máscara, os tipos de máscara existentes no mercado e as finalidades, bem como os cuidados que devem ser tomados com elas. A abordagem desse tópico foi relevante durante a sessão visto que é uma medida comprovadamente eficaz, desmistificando os comentários e achados que referem o contrário, já que os mesmos não possuem embasamento científico.



Fonte: Google Imagens (2021)

Outro tópico fortemente abordado visto sua efetividade contra a COVID-19 foi a Etiqueta Respiratória. Esse conceito, que já era discutido em outros anos para diminuir a transmissão do vírus influenza, é merecedor de maior destaque e discernimento já que minimizam a disseminação de agentes infecciosos por vias aéreas. A Etiqueta Respiratória consiste em um conjunto de medidas, dentre elas: cobrir a boca e nariz ao tossir ou espirrar, podendo ser com lenço descartável ou, na ausência deste, com o antebraço, e após higienizar as mãos com água e sabão ou com álcool em gel (PORTUGAL, 2020).

A higienização frequente das mãos também foi enfatizada, visto que o vírus SARS-CoV-2 também pode ser transmitido ao levar as mãos ao rosto (olhos, nariz e boca) após tocar em superfícies contaminadas. Essa higienização pode acontecer de duas maneiras, por meio da lavagem com água e sabão por 20 segundos, utilizando a técnica da lavagem de mãos, que consiste na mais efetiva, além da utilização de desinfetantes a base de álcool que contenham entre 60 e 95% de álcool (FERNANDES; RAMOS, 2020).

Alinhado à lavagem das mãos, orientações referentes a prática frequente de limpeza das superfícies foram discutidas. Essas orientações se embasam nas publicações realizadas pela Fundação Oswaldo Cruz (2020), ao alegarem que o SARS-CoV-2 ao se depositar sobre

uma superfície podem sobreviver, com potencial de contaminação, por até 72 horas, dependendo do material que foi exposto. Logo, como forma de prevenção, foi destacado a importância de evitar tocar em superfícies nas quais o contato é frequente, como por exemplo em mesas, maçanetas e bancadas, bem como desinfetar essas superfícies sempre que possível com água e sabão ou álcool.



Fonte: Google Imagens (2021)

Por fim, foi levantada a discussão referente a importância do isolamento social e em evitar aglomerações durante o período pandêmico para reduzir a vulnerabilidade da população à contaminação e desenvolvimento da COVID-19. Nesse tópico, os ACS foram orientados a disseminar para a população a importância do isolamento social, enfatizando que as pessoas devem evitar saídas desnecessárias a fim de impedir a propagação do vírus. Além disso, foi abordado com os ACS a importância de pessoas diagnosticadas com COVID-19 cumprirem o período de isolamento social, conforme protocolos do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde criou um documento intitulado “Recomen-

dações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19”, que serve para que os ACS possam tirar suas dúvidas sobre a COVID-19, a roda de conversa serviu para que os ACS tirassem suas dúvidas referentes a este documento, que já era de conhecimento dos mesmos.

Essas ações, quando adotadas no início de um período crítico como esse, ajudam a prevenir a transmissão, diminuem a velocidade de contaminação e, consequentemente, contribuem para achatar a curva epidêmica (QUALLS et al., 2017). Assim, é possível diminuir a demanda instantânea por cuidados de saúde e atenuar as consequências da doença, incluindo a redução da mortalidade e a morbidade associada (ANDERSON et al., 2020). Tais medidas são recomendadas pela OMS e o enfermeiro possui papel fundamental em abordar essas recomendações. Cumpre destacar que é recomendável que, em momentos pandêmicos ou que demandem isolamento social, encontros em que são realizadas ações de educação em saúde, sejam realizadas no formato online.

A educação em saúde visa a transformação dos processos de saúde e interfere na orientação da maneira de pensar e de proporcionar os processos educativos nos serviços de saúde. Ela é tomada como um dispositivo para a problematização em relação ao processo de trabalho, partindo de uma situação já existente e a partir disso, transformá-la, muda-la e superá-la (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

Nesse processo de educação em saúde o encontro virtual foi primordial, pois constituiu-se num espaço de promoção da saúde, permeado pelo compartilhamento de saberes entre os participantes, com respeito e ética entre os envolvidos. Os participantes tiveram a oportunidade de expressar seus sentimentos, medos e anseios projetando o futuro, ajustando seu interior e exterior, num aprendizado mútuo para alcançar o bem-estar de todos os envolvidos no enfrentamento da pandemia (SOUZA et al., 2021).

Assim, a roda de conversa virtual demonstrou ser um espaço

acolhedor e promotor da saúde para todos os participantes, pois puderam dialogar sobre suas angustias, germinando um aprendizado reciproco e empoderamento aos participantes para superar os desafios, lançando sentimento de esperança tanto na vida pessoal como profissional (SOUZA et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de atividades de EPS são fundamentais para o trabalho na APS e é primordial para melhoria das práticas de saúde, sejam elas assistenciais ou de gestão. Elas possibilitam a mudança do processo de trabalho em saúde e o enfermeiro é o principal mediador para a realização dessas ações, contribuindo para o avanço do conhecimento e fortalecendo as práticas da APS.

Sugere-se a realização de atividades dessa natureza, de forma presencial ou online, em que a roda de conversa pode ser uma metodologia para problematizar temáticas emergentes, na lógica da EPS.

O público participante foi de ACS, cujos trabalhadores, num curto espaço de tempo, tiveram que incorporar a utilização de máscara, quando não for possível evitar o contato social e quando estiverem realizando as visitas domiciliares às famílias, bem como foram instruídas a realizar a higienização das mãos e materiais com uma maior frequência, adaptando a forma de trabalho para o momento. A ação de educação em saúde desenvolvida teve resultados positivos, gerou uma ampla discussão e interação entre os participantes, e também, foi observada uma melhoria na qualidade da assistência prestada aos usuários/famílias em relação às ações de orientação em saúde, ao uso correto da máscara e as demais medidas protetivas não farmacológicas de prevenção a COVID-19.

Diante disso, conclui-se que o encontro realizado de forma online atendeu a expectativa e demanda estabelecida, demonstrando que é possível realizar atividades de educação em saúde que impactam na vida dos envolvidos, seja na equipe de saúde da APS como na vida dos usuários, sejam presenciais ou de caráter remoto.

REFERÊNCIAS

ADAMY, E.K. et al. Validação na teoria fundamentada: rodas de conversa como estratégia metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 3121-3126, dez. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0488>. 2018. Acesso em: 22 ago. 2021.

ANDERSON, R.M.; et al. Como as medidas de mitigação baseadas no país influenciarão o curso da epidemia de COVID-19? **The Lancet**; v. 395, n. 10228, p. 931–934, março. 2020.

AZEVEDO NETO, G.T. et al. Educação Permanente em Saúde como estratégia para a segurança ocupacional em tempos de pandemia pelo COVID-19: reflexões sobre o agente comunitário de saúde na construção de cuidado. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 19, n. 1, p. 107-113, 2021. Doi: <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2021-669>. Acesso em: 22 ago. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde. 2020.

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

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

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, mar. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: 14 dez. 2020.

FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D.; DIAS, V.R.F.G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 1, p. 704–709, 2018.

FERNANDES, P.; RAMOS, M. J. O álcool contra a COVID-19. **Revista de Ciência Elementar**, v. 8, n. 2, 30 jun. 2020.

FIOCRUZ. **Quanto tempo o coronavírus permanece ativo em diferentes superfícies?** Fundação Oswaldo Cruz. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/quanto-tempo-o-coronavírus-permanece-ativo-em-diferentes-superfícies>. Acesso em: 10 set. 2020.

LIANG, M. et al. Efficacy of face mask in preventing respiratory virus transmission: A systematic review and meta-analysis. **Travel Medicine and Infectious Disease**, v. 36, p. 101751, jul. 2020.

PORUGAL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. Medidas simples salvam vidas: Etiiqueta Respiratória. 2020. Disponível em: <http://www.chts.min-saude.pt/mais-saude/bem-estar/medidas-simples-salvam-vidas/>. Acesso em: 13 jul. 2020.

QUALLS, N. et al. Diretrizes de mitigação da comunidade para prevenir a gripe pandêmica - Estados Unidos, 2017. MMWR. Recomendações e relatórios, v. 66, n. 1, p. 1-34, 21 abr. 2017.

SANTOS DA ROSA, J. et al. Ação educativa para atualização de agentes comunitários de saúde sobre SARS-CoV-2/COVID-19. Rev. Enferm Atual **In Derme**, v. 93, p. e020007, 17 ago. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.0-art.777>. Acesso em: 22 ago. 2021.

SANTOS, A.A.; VECCHIA, M.D. Workshop Training in Mental Health as a Continuing Education Strategy i Health. **Saúde Transform Soc.** v. 7, n. 2, p. 69-82, 2016.

SILVA, K.L.; MATOS, J.A.V.; FRANÇA, B.D. A construção da Educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. Esc Anna Nery; v.21, n. 4. 2017.

SILVA, L.A.A. da et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017.

SOUZA, JB de et al. Círculo de cultura virtual: promovendo a saúde de enfermeiros no enfrentamento da covid-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 42, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4bZ935DNsNmZvRmNWTv9Dtx/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2022.

SOUZA, J.B et al. Determinantes sociais da saúde de mulheres imigrantes haitianas: repercuções no enfrentamento da COVID-19. **Revista Eletrônica de Enfermagem**; v. 22, n. 64362, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/64362/35908>. Acesso em: 04 jun. 2021.

SOUZA, J.B et al. **Enfrentamento da COVID-19 e as possibilidades para promover a saúde: diálogos com professores**. Revista Eletrônica de Enfermagem. UFSM, Santa Maria, v. 11, e12, p. 1-24, 2021a. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reu fsm/article/view/61363/html>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CAPÍTULO 20

CONTRIBUIÇÕES PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Renata Gobetti Borges

Samara Lunardi

Clarissa Bohrer da Silva

Rosana Amora Ascari

INTRODUÇÃO

Hemoterapia é o procedimento médico de emprego terapêutico do sangue, que pode ser transfundido, como sangue total ou como um de seus componentes e derivados, para um paciente receptor. Sob indicação clínica, esta conduta pode ser, em certas ocasiões, a única maneira eficaz para salvar uma vida (COFEN, 2020), sendo caracterizada como uma possibilidade terapêutica essencial para o cuidado do paciente clínico e cirúrgico.

No entanto, é uma prática vinculada a possíveis riscos de eventos adversos denominados reações transfusionais, as quais podem ocorrer mesmo com indicada precisão e respeitando todas as normas técnicas preconizadas (ISGH, 2021). As reações transfusionais, são definidas como um evento adverso decorrente da administração de sangue total ou um de seus hemocomponentes (hemácias, plasma, crioprecipitado ou plaquetas), manifestando-se por sinais clínicos como: febre, tremores, alterações cutâneas, alterações na pressão arterial, alterações respiratórias, náuseas, algia torácica, abdominal ou no local de infusão e manifestações hemorrágicas (BIAGINI; ALBIEIRO, 2020).

A maioria destas reações são normalmente benignas, porém a gravidade pode variar de casos leves a fatais, o que justifica a necessidade de cuidados hemotransfusionais precisos visando reduzir ou mesmo eliminar esta complicaçāo clínica. Vale salientar que estas reações são classificadas em imediatas quando ocorrem em até 24 horas ou tardias quando ocorrem após este período (DINIZ; MORENO, 2018).

A equipe de enfermagem como responsável pelo ato transfusional, ocupa posição estratégica na detecção de erros ocorridos nas fases prévias do ciclo do sangue, bem como no monitoramento pré, intra e pós-transfusional, podendo evitar a ocorrência de eventos adversos relacionados à transfusão ou minimizar danos (VIEIRA; SANTOS, 2020).

Atualmente após um intenso desenvolvimento científico e tecnológico da área hemoterápica, diferentes normativas foram criadas para respaldar a prática profissional garantindo segurança ao binômio doador-receptor. Entre elas podemos citar a Lei nº 10205/2001, Resolução COFEN nº 629/2020, RDC nº 75/2016 e a Portaria nº 158/2016. Apesar dos avanços na medicina transfusional e todo o aparato legislativo e normativo da prática, na realidade das instituições de saúde ainda há muitas inconsistências referentes a assistência de enfermagem nos cuidados transfusionais, bem como incertezas em como agir frente às reações transfusionais (AMARAL et al., 2016).

Para elucidar esta realidade, uma pesquisa realizada em um grande hospital universitário do interior de São Paulo com 546 profissionais de enfermagem, apontou que mais de três quartos dos enfermeiros apresentaram lacunas de conhecimento quanto à hemotransfusão, o que demonstra a falta de preparo profissional para este procedimento (PEREIRA et al., 2016). Tal resultado pode ter relação direta com a ausência de conteúdo específico nos currículos de cursos de enfermagem.

Nesse sentido, há necessidade de somar esforços no desenvolvimento de estratégias de gestão para a identificação de inconsistências durante o processo transfusional e qualificação da equipe, com vistas a garantia de segurança à prática hemoterápica (AMARAL et al., 2016). Assim, despertou-se para a investigação em um hospital campo de prática para diferentes cursos da área da saúde no sul do Brasil, a fim de conhecer a prática hemoterápica realizada por profissionais de enfermagem.

Tal investigação objetivou descrever as fragilidades presentes na prática hemoterápica de enfermagem em um hospital público de Santa Catarina.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, fruto de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Enfermagem, e vinculado à macro pesquisa intitulada: Tecnologia educativa organizacional: melhores práticas para a gestão da segurança em procedimentos hemoterápicos, do grupo de pesquisa Grupo de Estudos Sobre Saúde e Trabalho – GESTRA da UDESC Oeste/CEO.

O estudo foi realizado em um hospital público da região oeste de Santa Catarina tendo como participantes 36 profissionais da equipe de enfermagem assistencial, atuantes nos setores do Centro Cirúrgico; Clínica Médica; Sala de Recuperação Pós-Anestésica; Oncologia; Unidade de Tratamento Intensivo Geral; Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal; Centro Obstétrico e Neonatologia. A escolha por estes setores foi delimitada por serem as unidades consideradas consumidoras de hemocomponentes da instituição hospitalar, sendo em sua maioria setores fechados, nos quais os profissionais atuantes na agência transfusional, interna do hospital, não acompanham diretamente o ato transfusional em si. Ainda, excluiu-se da pesquisa os profissionais de férias ou em licença durante o período de coleta de dados, que ocorreu em fevereiro de 2020.

Participaram do estudo seis (6) enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem, selecionados por conveniência, com representatividade nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), sendo estes despersonalizados e identificados no estudo por meio da letra P de participante, seguido de um número arábico de acordo com a ordem de sua participação. Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, um para o preenchimento da caracterização dos participantes, e outro instrumento, um roteiro semiestruturado, com questões disparadoras para avaliar a conduta dos profissionais de enfermagem nos períodos pré, intra e pós-transfusional. As entrevistas foram audiogravadas, sem agendamento prévio.

As gravações foram transcritas e a análise dos dados ocorreu de acordo com o método de Análise de Conteúdo proposto por Minayo (2014), contemplando a pré análise; exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Para a análise dos dados utilizou-se o Programa NVivo®, o qual facilitou a organização dos achados, interpretação e categorização dos resultados. Após a decodificação dos dados coletados por este programa, foi gerado um relatório impresso com 130 páginas contendo o agrupamento de informações decodificadas.

No Programa NVivo®, as questões realizadas nas entrevistas, foram organizadas em pastas chamadas de “nós”. Cada nó representava uma questão e agrupava assim todas as respostas dos participantes em relação a um questionamento específico e recodificados em quatro elementos fundamentais, a saber: Prática assistencial de enfermagem pré-transfusional; Prática assistencial de enfermagem durante a transfusão; Prática assistencial de enfermagem em caso de reações transfusionais; e, Prática assistencial de enfermagem pós transfusão.

Em todos os elementos foram identificadas inconsistências assim como o desenvolvimento de boas práticas de hemotransfusão. Neste capítulo em tela, escolheu-se por deter-se apenas nas fragilida-

des identificadas, já que foi principalmente devido à presença destas que se identificou a necessidade de se intensificar ações de educação permanente e de educação continuada para a equipe de enfermagem.

A discussão dos achados teve como pano de fundo a legislação vigente e a literatura científica. O tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação foi realizado baseado principalmente na Portaria do Ministério da Saúde nº 158/2016, assim como na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 75/2016 da ANVISA. A despersonalização dos participantes deu-se pela identificação numérica de acordo com a ordem de participação no estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), sob parecer número 3.675.162 em novembro de 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da aplicação do primeiro instrumento de coleta de dados, para caracterização dos participantes, foi possível observar os seguintes achados.

Dos 36 profissionais investigados, as mulheres representaram a maioria da amostra (94,5 %), com idade entre 31 e 50 anos (57%). Ao considerar a categoria profissional, participaram 30 técnicos de enfermagem (83,3%) e seis enfermeiros (16,67%), dos diferentes turnos de trabalho. O setor com maior número de participante foi a oncologia, com seis entrevistados.

Na variável, tempo de formação e tempo de atuação na profissão, obteve-se uma variação de dois à 27 anos, sendo que a maior representatividade tinha dois anos tanto de formados, quanto de atuação na área (22%). A maior parte dos entrevistados (36%), estavam a menos de um ano no setor atual (36%). Apesar da maioria (75%) mencionarem que atuam somente neste hospital, mais da metade deles realizam horas extras (60%).

No quesito de satisfação com o trabalho, em uma escala de 0 à

10, sendo considerado 0-3 insatisfeito, 4-7 pouco satisfeito e 8-10 satisfeito, a maioria relatou estarem satisfeitos (61%), mas insatisfeitos (64%) com o salário. Ao pensar na organização do setor, a maioria considerou o local de trabalho organizado (69%), entretanto o ritmo de trabalho foi considerado acelerado (72%) e o número de pessoas na escala de trabalho insuficientes (55,5%).

Em relação ao treinamento específico para hemoterapia na sua formação profissional, afirmaram não terem recebido (47%). Por fim, em relação ao treinamento para hemoterapia na instituição onde atua, relatou não ter recebido (78%).

Após ocorreu a aplicação do segundo instrumento para coleta de dados, com questões disparadoras frente aos cuidados nas diferentes etapas transfusionais, sendo possível reconhecer diferentes fragilidades apresentadas pelos profissionais pesquisados.

Durante a prática assistencial de enfermagem pré-transfusional, evidenciou-se o não reconhecimento da presença de um procedimento operacional padrão (POP) específico para hemotransfusão denotado por 75% (n=27) dos participantes. Isso, pode ocasionar o desenvolvimento de uma técnica profissional assistencial incoerente ao que é preconizado nas regulamentações transfusionais.

Pode-se perceber tal fragilidade pela fala do participante 36:

“Ninguém passou nada pra nós, o que a gente aprende, aprende pela boca de um do outro, do colega.” (P.36)

Em relação aos cuidados pré-transfusionais preconizados nas regulamentações, verificou-se uma baixa proporção na menção dos participantes aos seguintes itens essenciais: tempo de exposição concentrado de hemácias a temperatura ambiente, verificação de temperatura da bolsa, coleta das amostras pré-transfusionais e técnica preconizada de aquecimento de bolsas transfusionais.

Para que a qualidade da bolsa transfusional de concentrado de hemácias seja preservada, é necessário que a mesma permaneça por,

no máximo, 30 minutos à temperatura ambiente antes do início da transfusão (VIEIRA; SANTOS, 2020). Tal fato também não foi citado pelos participantes nos cuidados pré-transfusionais.

Em relação ao acesso venoso de hemotransfusão, os participantes apontaram corretamente, mas em baixa proporção a necessidade de acesso exclusivo (47%) e o calibre do acesso (33%). De acordo com COFEN (2020), torna-se obrigatória a utilização de um acesso exclusivo, para hemotransfusão.

O acesso venoso para a infusão hemoterápica deve ser calibroso, com a utilização de cateter de calibre 18 a 20, permitindo assim um fluxo adequado e prevenindo a hemólise (AMARAL et al., 2016).

Apenas um participante abordou uso de equipo próprio para transfusão, sem detalhar as características específicas, o qual, segundo COFEN (2020), deve ser um equipo descartável, livre de pirógenos e que possua filtro que retenha coágulos e agregados alternativamente.

Os participantes mencionaram também a realização de cuidados pré-transfusionais não preconizados pela literatura como a necessidade de uma nova punção, a punção ser realizada pela agência transfusional (em setores fechados a punção ocorre pela equipe do setor), e a obrigatoriedade de utilização de uma via de transfusão periférica, podendo, no entanto, ocorrer em via central.

Percebe-se estas falhas pelas falas dos participantes 7 e 29 respectivamente:

“Assim o que a gente faz, que é eles [banco de sangue] que fazem, que é uma rotina, a gente não punctiona paciente pra fazer a transfusão, quem pulsiona é eles né, é eles que fazem e daí a gente até deixa o acesso pra próxima transfusão, mas assim é uma coisa bem cuidadosa.” (P.7)

“Tem que ter um abocath calibroso e tem que ser periférico se não me falha a memória, não pode ser central.” (P.29)

Acerca da prática assistencial de enfermagem durante a transfusão, evidenciou-se que aproximadamente um quinto dos participantes citaram a necessidade da presença do profissional de enfermagem a beira leito do paciente nos dez (10) minutos iniciais da transfusão. Salienta-se que este cuidado é de suma importância já que as reações transfusionais mais graves tendem a ocorrer no momento inicial da transfusão (COFEN, 2020; BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b).

Pela fala abaixo do participante 14 nota-se a falta de menção a este item:

“A gente só fica monitorando os sinais.” (P.14)

Em relação ao gotejamento da infusão houve divergências entre os participantes, devido ao gotejamento não ser um item presente na prescrição do prontuário. Porém, pouco mais da metade dos profissionais informaram guiar-se pelo período de infusão da bolsa para regular o fluxo de gotejo.

Caso o tempo máximo de infusão tenha ultrapassado, alguns participantes, no entanto, equivocaram-se ao mencionar que, como primeira medida, deveria ser comunicada a agência transfusional, para que se necessário e liberado por estes, fosse aumentando o fluxo de gotejo da bolsa. A orientação nesse caso é a suspensão imediata da transfusão e a comunicação ao médico para providências (BRASIL, 2007).

Verifica-se essa fragilidade na fala do participante 19:

“Deixa correr. A gente avisa o banco de sangue e eles que decidem se deixa correr o restante ou tira.” (P.19)

O tempo de infusão para os hemocomponentes é preconizado: Concentrado de Hemácias infusão de uma hora e 30 minutos à duas horas, não podendo ultrapassar quatro horas; Concentrado de Plaquetas, infusão aproximada de 30 minutos não ultrapassando uma hora; Plasma Fresco Congelado tempo máximo de infusão de uma

hora; Crioprecipitado a infusão corre aberta, não ultrapassando 30 minutos (COFEN, 2020).

Dentre os outros cuidados durante a hemotransfusão, os participantes mencionaram em menor proporção acerca de: monitorização de reações transfusionais, verificação do tempo máximo de infusão, orientação dos acompanhantes e postergação de medicações de horário.

Destaca-se que a infusão concomitante de medicamentos não é recomendada durante a hemotransfusão, pois pode causar confusão na vigência de um evento adverso, já que este poderá ser uma reação transfusional ou mesmo um efeito da droga. A única solução que pode ser infundida simultaneamente à transfusão é o soro fisiológico (VIEIRA; SANTOS, 2020). No que se refere a prática assistencial de enfermagem em caso de reações transfusionais, constante na terceira categoria deste estudo, evidenciou-se a falta de conhecimento dos participantes acerca das possíveis manifestações clínicas, bem como não houve clareza no conceito e período de reação imediata e tardia.

Observe as falas dos participantes 28 e 19 que demonstram essa realidade:

“Olha eu sou bem sincera, eu nunca vi nenhum paciente ter uma reação ao sangue. Eu não sei te dizer se vai dar coceira, se vai dar vermelhidão, se o que que vai dar, qual reação, porque eu nunca tive um caso desse.” (P.28)

“A gente não chega a estudar isso não tem nada a ver com nós.” (P.19)

Dentre as manifestações clínicas de reações transfusionais possíveis, poucas foram citadas, alguns participantes citaram o termo amplo de reações transfusionais, enquanto outros citaram um, ou outro sintoma específico. Acompanhe a fala de um dos participantes.

“Nunca presenciei. É cuidado os sinais vitais, temperatura se vai aparece algum, alguma coisa na pele, vermelhidão, alguma coisa assim, os sinais vitais, se cair ou aumentar demais, ou coisa assim, mas nunca vi acontecer.” (P.35)

As cinco manifestações clínicas mais citadas, mas sem contudo atingirem a maioria, foram a hipertermia, eritema, alteração na pressão arterial, taquicardia e sudorese, tendo além destas a menção a cianose, parada cardiorrespiratória, rash cutâneo, confusão mental, prurido, edema, taquipneia, coceira, dispneia.

Nenhum dos participantes conseguiu definir com clareza a diferença entre reação transfusional imediata e tardia, isso devido a justificativa de não ser um tema que foi trabalhado com eles e/ou por não terem vivenciado em prática. Observe as falas a seguir:

“Nunca nos passaram, eu pelo menos nunca tive esse treinamento assim daí.” (P.31)

“Bah não, geralmente se acontece é logo né, agora tardia nunca.” (P. 9)

Entre os motivos para interromper uma transfusão sanguínea, a reação transfusional foi a mais citada, embora em menor proporção. Vale salientar-se que em caso de suspeita de reação transfusional, mesmo se somente suspeita a transfusão deve ser imediatamente pausada (BIAGINI; ALBIEIRO, 2020).

Para registro das reações transfusionais, prevaleceu o registro em prontuário. Destaca-se que o serviço em estudo, dispõe de folha de notificação específica para reação transfusional, a qual foi pouco lembrada, aproximadamente um terço dos entrevistados sinalizaram esse instrumento.

Assim como outros participantes, pela informação do participante 12 percebe-se a anotação do prontuário como item de registro das

notificações transfusionais, falhando na menção dos demais itens:

“Sim é evoluído. Se der alguma reação a gente evolui no prontuário do paciente.” (P.12)

A notificação é um item obrigatório em situações de suspeita de reações transfusionais, e deve ser realizada pelo serviço onde ocorreu o evento adverso (RDC nº 75, 2016), levando em conta o que traz as legislações nacionais, representadas pelo Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Vigipós) e diretrizes específicas do Sistema Nacional de Hemovigilância.

Acerca da prática assistencial de enfermagem pós-transfusional, poucos participantes mencionaram a necessidade de monitoramento de reações transfusionais após o término de transfusão (menos de 20%). Item extremamente necessário já que as reações podem ocorrerem tardiamente a transfusão. Assim como não houve consenso no cuidado com a bolsa de hemocomponente, sendo que alguns participantes desprezam-na, enquanto outros a mantém por um determinado período no setor.

De acordo com o participante 1 a conduta tomada por ele é desprezar diretamente a bolsa com o término da transfusão:

“Aí a gente, uma vez a gente identificava a bolsa né, colocava numa sacolinha plástica identificava, o pessoal do HEMOSC passava recolher, hoje a orientação que a gente tem que a gente tire e bote numa bolsinha e coloca dentro do lixo branco, que é os contaminado.” (P.1)

Já o participante 4 realiza a conduta de manter a bolsa transfundida por um determinado período no setor:

“É inclusive uma regra do protocolo é depois que a gente infunde, a gente pega todo o sistema né, a bureta e o sistema, amarra num saquinho e deixa no expurgo até o final do plantão pra ver se tem alguma, se o paciente apresenta alguma reação até isso, a gente tem a

prova, o material pra ser pesquisado. Então a gente não despreza de imediato, a gente deixa.” (P.4)

A legislação vigente, Portaria nº 158/2016, assim como a RDC nº 75/2016, não trazem nenhum cuidado específico para com a bolsa após o término da transfusão, assim deve ser considerado o procedimento operacional institucional.

Em relação aos registros da hemoterapia, a maioria cita a utilização do carimbo de sinais vitais no prontuário e as anotações/evolução de enfermagem, entretanto tem-se pouca menção a necessidade de anexar o rótulo da bolsa no prontuário.

Esta etiqueta possui dados essenciais de identificação do receptor, que auxiliam na rastreabilidade de incidentes e na segurança do procedimento, devendo permanecer fixada a bolsa durante todo o tempo de transfusão e afixada no prontuário do paciente com o término do procedimento (PEREIRA, 2017).

Em relação aos cuidados de registro pós transfusionais o participante 6 menciona as seguintes obrigações:

“Sim a gente tem até um carimbo, que quando inicia a gente anota os sinais tudo no carimbo e depois evolui na prescrição sempre. O carimbo e a evolução e o horário no caso, o horário que começou a administrar.” (P.6)

Algumas limitações ocorreram durante o percurso da pesquisa, como a dificuldade dos profissionais de enfermagem em reservar um tempo adequado para participar da pesquisa, principalmente devido a demanda dos setores, em especial no turno matutino e vespertino, o que por vezes ocasionou em recusas na participação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou traçar um diagnóstico situacional da

prática hemoterápica de enfermagem na instituição investigada, sendo identificada inconsistências/fragilidades no que permeia a prática hemoterápica nos momentos pré, intra e pós-transfusional, assim como o reconhecimento pelos profissionais de enfermagem e assistência qualificada frente às reações transfusionais.

A partir deste diagnóstico situacional, será possível propor estratégias para mitigar as fragilidades e potencializar as boas práticas no âmbito hospitalar, conferindo maior segurança transfusional ao receptor, qualificação do serviço, redução de custos e possíveis eventos adversos.

Denota-se a importância da atualização constante referente a legislação que respalda a prática e as melhores evidência para a gestão da segurança do paciente e dos serviços de saúde.

Uma forma eficiente de qualificar a assistência hemoterápica é a inclusão deste tema como um item de educação permanente na instituição hospitalar e em seminários, cursos, congressos e outros eventos científicos, assim, como permear a formação profissional nos cursos de Graduação ou de Formação Técnica em Enfermagem.

Por ora, a partir dos resultados obtidos e entendendo a importância de um procedimento transfusional adequado, como forma de devolutiva à instituição e comunidade local, uma tecnologia educativa de tipo e-Book está em desenvolvimento, com uma possível parceria em tramitação com a Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON (FAHECE) para validação de conteúdo. Este material após validado será disponibilizado em formato eletrônico. Ainda, almeja-se a construção de um curso online com base no e-Book. Estes materiais educativos servirão como guia de base, para a educação permanente de profissionais de saúde e acadêmicos da área, estudantes de graduação e pós-graduação e aos demais interessados.

Desta forma, a universidade cumpre seu papel social de atuação para melhoria dos cenários sociais, auxiliando a instituição hospitalar a mitigar as fragilidades e potencializar as boas práticas hemoterápi-

cas, além de promover o conhecimento à estudantes e trabalhadores de outras instituições, ampliando sua inserção social.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J.H.S. et al. **Hemoterapia**: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. Pernambuco: Rev Enferm. UFPE, v. 10, n. supl.6, 2016, p. 4820-4827. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/article/download/11261/12886> Acesso em: 05 ago. 2021.

BIAGINI, S.; ALBIEIRO, A. **Manual de transfusão**. SP: Pró Sangue Hemocentro de São Paulo, 2020, 61 p. Disponível em: <http://prosangue.sp.gov.br/uploads/arquivos/MANUAL%20DE%20TRANS%202020%20RGB.pdf> Acesso em: 09 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001**. Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal... Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110205.htm Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Hemovigilância**: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas. Brasília: Anvisa, 2007. 124 p. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/manual_tecnico_hemovigilancia_08112007.pdf. Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016 redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. **Ministério da Saúde**, 2016a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-158-de-4-de-fevereiro-de-2016-22301274> Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº 75, de 02 de junho de 2016 dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue. **Anvisa**, 2016b. Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/16110014-resolucao-rdc-75.pdf> Acesso em: 05 ago. 2021.

COFEN. **Resolução COFEN nº 629/2020**. Brasília, 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-629-2020_77883.html Acesso em: 05 ago. 2021.

DINIZ, D. P. R.; MORENO, A. H. Reações de transfusão de sangue e cuidados peritransfucionais. CuidArte Enfermagem, 2018, p. 59-66. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2018v1/59.pdf> Acesso em: 09 ago. 2021.

GARCIA, P. C.; BONEQUINI JÚNIOR, P. **Manual de transfusão para enfermagem.** Botucatu: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. 2015, 38 p. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2017/12/MANUALDE-TRANSFUS%C3%83O-PARA-ENFERMAGEM-2017.pdf> Acesso em: 05 ago. 2021.

ISGH. **Protocolo clínico gerenciado:** Hemotransfusão e hemovigilância. ISGH: Instituto de saúde e gestão hospitalar, 2021, 15p. Disponível em: https://isgh.org.br/intranet/images/Dctos/PDF/ISGH_PROTOCOLOS/PCG_HEMOTRANSFUSAO_HEMOVIGILANCIA_ISGH_050521.pdf Acesso em: 05 ago. 2021

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 14^a. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PEREIRA, C. S. et al. **Nursing care for safety patient in chemotherapy.** Revista de Enfermagem da UFPI, v. 5, n. 1, 2016, p. 28-33. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5002/pdf> Acesso em: 05 ago. 2021.

PEREIRA, M. G. **A hemovigilância no processo de administração de transfusão de hemocomponente para qualidade e segurança do paciente.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Rio de Janeiro, 2017, 100 p. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1026681/gomes-pereira_dissertacao-pronta-revisado.pdf Acesso em: 05 set. 2021

VIEIRA, C. M. A. S.; SANTOS, K. B. **O conhecimento da equipe de enfermagem em transfusão de hemocomponentes:** uma revisão integrativa. Rev Fun Care Online. 2020, p. 517-524. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8623/pdf_1 Acesso em: 09 ago. 2021.

CAPÍTULO 21

PORTAL EDUCATIVO PARA UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE HOSPITALAR NO SUL DO PAÍS

Eva Joseane Fontana

Rosane Mortari Ciconet

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Vania Celina Dezoti Micheletti

INTRODUÇÃO

Todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) constituem-se em campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde. Desse modo, os hospitais integrantes do SUS desempenham um papel importante na formação de suas equipes, com ações de desenvolvimento de novos profissionais de saúde e de educação permanente em saúde (EPS), com prioridade para as áreas estratégicas do SUS, integrando programas e políticas prioritárias de formação em saúde (BRASIL, 2013), envolvendo as tecnologias da informação e comunicação (TIC) como mediadoras neste processo. Para Farias et al. (2017), além de serem facilitadoras e multiplicadoras no ensino, as TICS proporcionam autonomia e responsabilidade pela aquisição do próprio conhecimento, contribuindo e transformando de maneira positiva os processos do SUS.

Neste contexto, a educação permanente precisa ser pensada e adaptada conforme as necessidades em cada nível do sistema de saúde de acordo com a realidade local, possibilitando gerar reflexão so-

bre o processo de trabalho, transformações das práticas em serviço, autogestão e mudança institucional, por meio do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem institucional, coletiva e individual (BRASIL, 2018).

A maior parte dos estudos acerca da educação permanente em saúde estão vinculados à atenção primária, enquanto na atenção terciária a literatura é mais escassa. Peixoto et al. (2018) apontam a dificuldade em desenvolver atividades de EPS em nível terciário de assistência, dada à subjetividade do trabalho em ambiente hospitalar.

Essas preocupações despertaram o olhar acerca do processo de educação permanente em saúde, em um hospital na região sul do Brasil. Esse hospital, cenário do estudo, é de administração público-privada, presta atendimento 100% pelo SUS e caracteriza-se por ser de média complexidade, com leitos de internação clínica e cirúrgica, serviço de emergência adulto e pediátrico, unidade de terapia intensiva, bloco cirúrgico, unidade de diagnóstico e centro de especialidades.

Na perspectiva de implementar os processos de educação permanente no hospital, desenvolveu-se um portal educativo por meio de um sistema informatizado da instituição, em três etapas. A primeira consistiu em identificar, através da pesquisa documental, quais as estratégias de implementação de um Programa de Educação Permanente (PEP) e quais as ações de integração ensino em serviço vinham sendo desenvolvidas no hospital para, então, subsidiar a construção dos recursos tecnológicos do portal. A segunda etapa foi a construção e a terceira consistiu na validação do portal educativo.

O presente trabalho descreve o desenvolvimento do portal educativo para o programa de educação permanente em um hospital no sul do país. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS), sob o parâmetro de número 2419119.0.0000.5344.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo metodológico visando a criação de um portal educativo, desenvolvido por meio da realização de pesquisa documental e da construção e validação do portal educativo. O estudo foi realizado de outubro de 2019 a março de 2020.

A pesquisa metodológica busca, mediante o uso sistemático dos conhecimentos existentes, elaborar uma nova intervenção, melhorar uma existente, elaborar ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição. No estudo metodológico, o pesquisador tem como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável, utilizando-se do desenvolvimento e avaliação de ferramentas, com rigoroso processo para coleta, organização de dados e condução da pesquisa. Aplica-se a qualquer disciplina científica e trata de fenômenos complexos (POLT; BECK, 2019).

Os participantes do estudo foram constituídos por três grupos específicos: quatro colaboradores da equipe de TI, especialistas compostos por nove lideranças de enfermagem e duas lideranças médicas, e a equipe assistencial composta por 10 enfermeiros e 10 técnicos em enfermagem, totalizando 35 sujeitos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (n=21; 60%) e 14 (40%) eram do sexo masculino.

Os critérios de inclusão dos profissionais da TI foram: atuar como colaborador ou estagiário no hospital, independente do tempo de trabalho na instituição e ter realizado a capacitação do Portal Educativo. Os especialistas deveriam possuir o título de especialista em qualquer área na enfermagem ou medicina, ter no mínimo seis meses de atuação no hospital como liderança e ter realizado a capacitação no menu do Portal Educativo “Fique por Dentro”. Quanto aos colaboradores da equipe assistencial, ter no mínimo, seis meses de atuação no hospital e ter realizado a capacitação do menu do Portal Educativo: “Fique por Dentro”. A escolha foi aleatória, não intencional.

De acordo com a ISO 14598-6 (2004), para resultados consistentes, a avaliação do software deve ser constituída por, no mínimo, oito participantes para cada categoria de avaliador. As amostras seguiram o número mínimo de sujeitos necessários, indicado pela ISO 14598-6 (2004), exceto a equipe da TI que é composta por quatro integrantes, sendo dois estagiários. Devido ao portal educativo estar na intranet do hospital, não foi permitido compartilhar o software para avaliação com especialistas externos. A coleta de dados foi realizada em duas etapas.

Na primeira etapa da pesquisa foi realizada a pesquisa documental, baseada no modelo adaptado conforme Cellard (2008). Foram analisados 635 documentos da instituição, onde investigou-se o contexto, identificando os grupos e argumentos e as autorias, analisando os textos e interpretando as expressões de seus conteúdos. Ainda, foram averiguadas a autenticidade e confiabilidade, verificando a qualidade da informação transmitida, a procedência do documento, a natureza do texto e seus conceitos-chaves. Desse modo, com a união dos documentos que tratam do mesmo assunto foi feita a análise documental, onde foi codificado e posteriormente organizado um instrumento com a apresentação de todos achados, com os seguintes itens: título, autores, local e data, conteúdo, natureza do texto, conceitos- chaves, considerações importantes, bibliografia básica. Essa etapa serviu de embasamento para a segunda etapa da pesquisa, que compreendeu a construção do portal educativo.

Para a construção do portal utilizou-se o método por Vicentini e Mileck (2019) denominado “DADI”, sendo que cada letra corresponde a uma ação do processo: Definição, Arquitetura, Design e Implementação. Concluída essa etapa, seguiu-se para a terceira, onde procederam-se os processos de validação do Portal Educativo, seguindo as recomendações da norma ISO/IEC 25010 (2011) e 14598-6 (2004). As validações se deram por meio de questionários, onde a equipe da TI avaliou as categorias: Eficiência, Funcionalida-

de, Usabilidade, Desempenho, Manutenibilidade e Portabilidade do Portal Educativo.

Para avaliação de conteúdo do menu “Fique por Dentro” utilizou-se o instrumento de validação de conteúdo educativo em saúde (IVCES), elaborado e validado por Leite et al. (2018). A validação do menu “Fique por Dentro” do Portal Educativo foi realizada pelas lideranças da enfermagem e médica. Os participantes avaliaram as características: Usabilidade, Funcionabilidade, Confiabilidade e Eficiência. Para o processo de validação de conteúdo do menu “Fique por Dentro”, a equipe assistencial avaliou três domínios: objetivos, estrutura/apresentação e relevância. Para tal, as respostas desta avaliação foram estabelecidas, sendo A: de acordo; D: desacordo, NA: Não se aplica. Ainda, foi solicitado registrar a justificativa nas respostas apontadas como desacordo e não se aplica. Para avaliação de conteúdo do menu Fique por Dentro as respostas foram subdivididas em 0 discordo; 1 concordo parcialmente; 2 concordo totalmente e justifique para as questões concordo parcialmente e discordo. Desta forma os juízes contribuíram com sugestões pertinentes para ajustes do Portal.

Para obter o valor da característica de forma direta e em valores percentuais, utilizou as seguintes regras, conforme ABNT NBR ISO-IEC 14598-6 (2004).

$$Vc: \frac{\sum Vsca}{(a+d+na-na)} \times 100$$

Vc = é o valor medido da característica

Vsca = é o valor das subcaracterísticas com resposta de acordo

a= resposta acordo

d = resposta desacordo

na = resposta não se aplica

Para obter os valores das características de qualidade, após res-

pondidos os questionários, ocorreu a análise de acordo com as seguintes regras:

$$Vc = \sum Vsc / nsc$$

$$Vsc = \sum m / (n - nd)$$

Vc é o valor da característica

Vsc é o valor da medida da subcaracterística

Nsc é o número de subcaracterísticas

M é 1, se a resposta for positiva, senão é 0

N é o número total de medidas

Nd é o número de questões descartadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ELABORAÇÃO DO PORTAL EDUCATIVO

A pesquisa documental permitiu identificar que o PEP estava constituído por eixos educativos com as temáticas de integração de novos colaboradores, capacitações e atividades de bem estar, grupos de estudo e atividades de empoderamento do enfermeiro. Estes temas originaram os menus do Portal Educativo.

A construção do portal cumpriu as recomendações de cada etapa, sendo que na fase de definição, realizaram-se inicialmente três reuniões com os profissionais da TI, onde a pesquisadora apresentou o objetivo do estudo, o que se esperava do *site* e o local mais adequado para sua implantação.

A intranet do hospital foi escolhida para inserção do *link* do portal educativo em espaço destinado aos colaboradores. O sistema possui desenvolvimento de linguagem *Personal Home Page*. A linguagem escolhida é gratuita e permite criar aplicações para qualquer tipo de finalidade na *Internet*, permitindo incluir formulário de contatos,

fórum de discussões ou ainda, desenvolver e publicar uma galeria de imagens estilizada (WEBLINK, 2019).

Na primeira reunião, foi realizado um cronograma de atividades até a disponibilização na *website*, onde a pesquisadora apresentou os resultados da pesquisa documental, que serviram de subsídio para a construção do portal. Esta etapa consistiu no delineamento dos conteúdos e seus módulos necessários, analisando o objetivo do *site*. Utilizou-se reuniões presenciais e o aplicativo *WhatsApp* para troca de informações e análise de materiais. Após dois encontros, a partir dos materiais coletados na pesquisa documental, ocorreu o protótipo do *site*, contendo elementos iniciais de *design* e navegação.

Na etapa “arquitetura” foram estruturados os recursos gráficos de toda árvore de navegação, onde definiu-se a imagem inicial, os *layouts* das telas, onde estariam os menus de navegação e as funções básicas para cada tela. Ainda, foi feita a escolha dos tópicos importantes para serem anexados ao portal, sendo organizada sua estrutura em seções, conforme os eixos educativos do PEP. Cada seção foi estruturada conforme a coleta de materiais da pesquisa documental.

Estudou-se a melhor forma de implementar uma página de interação com o colaborador, resultando no menu “Fale Conosco”. O portal passou por quatro versões até o resultado final.

Na etapa “design” foi definido o *layout* do portal quanto ao tipo de texto e fonte, imagens com informações em cada eixo educativo, bem como a escolha dos arquivos mais adequados ao programa. Para isso, buscou-se imagens de atividades realizadas pelos colaboradores no hospital, a fim de ilustrar cada eixo educativo.

A implementação do portal educativo vinha sendo discutida, mas foi readequada em virtude de demanda que surgiu no transcurso do desenvolvimento dessa etapa, cujas mudanças aconteceram devido ao início da pandemia pelo novo coronavírus. A pandemia foi declarada pelo diretor geral da Organização Mundial da Saúde Tedros Adhanom no dia 11 de março de 2020, devido à disseminação geográfica

rápida que a COVID-19 vinha apresentando (BRASIL, 2020). Nesse contexto, a instituição necessitou de um meio de comunicação prático e eficaz que possibilitasse a disseminação das informações técnicas para o enfrentamento da pandemia e medidas adotadas no hospital. Desse modo, a direção do hospital solicitou a implementação do Portal Educativo, sendo escolhido o menu “Fique por Dentro” como meio de comunicação para o assunto da COVID-19.

Oliveira et al. (2020) referem que a flexibilidade entre o setor da saúde e da educação e, consequentemente, das práticas e de seus profissionais durante o período da epidemia poderá deixar como aprendizado a capacidade da tomada de decisões compartilhadas, definindo prioridades e, assim, propiciando o trabalho colaborativo.

Nessa etapa, foram definidas as responsabilidades quanto à implementação do Portal, sendo que a manutenção do conteúdo do portal é realizada pela professora do Programa de Educação Permanente e a inserção de conteúdos e atualização na rede deve ser feita pela equipe de TI.

O Portal Educativo ficou composto pela apresentação e conteúdos educativos relacionados a cada eixo denominados: Acolhe HRES com intuito de integrar os novos colaboradores à missão e às rotinas institucionais; Fortalece HRES que compreende as atividades de capacitação e as práticas de bem estar voltadas aos trabalhadores da instituição; Apoia HRES formado por grupos de estudos relacionados à segurança do paciente, quedas, cateteres, parada cardiorrespiratória e pele e Empodera HRES, sendo o eixo educativo com intuito de trabalhar o empoderamento do enfermeiro. Também incluíram-se os menus: “Aulas em EAD”, onde criou-se um espaço para aulas virtuais; o menu “Fique por Dentro” com assuntos em evidência; “menu Estagiários” destinado a materiais didáticos dos alunos que realizam estágio no hospital e “menu Fale conosco”, visando um canal de comunicação entre o colaborador e o setor de educação permanente do hospital.

PROCESSO DE VALIDAÇÃO DO PORTAL EDUCATIVO

Em relação ao processo de validação do Portal Educativo pela equipe da tecnologia da informação, tiveram corcodância de 100% nas características eficiência, funcionalidade, usabilidade e portabilidade.

A validação da característica eficiência do Portal e do menu “Fique por Dentro” atingiu a qualidade necessária avaliada pelos profissionais da tecnologia da informação e especialistas, mostrando que o tempo de resposta, execução e recursos utilizados no Portal são adequados.

A característica funcionalidade do Portal e do menu “Fique por dentro”, avaliado pelos profissionais da tecnologia da informação e especialistas, fez compreender que o software é preciso na execução de suas funções e que atende a aplicação do Portal Educativo, dispondo de todas as funções necessárias para sua execução.

Outras características que alcançaram 100% de aprovação foram a usabilidade e a compatibilidade, mostrando que o Portal Educativo, além de ser fácil de operar, controlar e executar as funções, permite adaptar e instalar com outros ambientes. O design gráfico e a cor do Portal foram considerados agradáveis pelos avaliadores. Neste quesito foi considerada a sugestão do profissional da TI em relação ao cuidado com a resolução das imagens anexadas.

A facilidade de operar o portal é um fator fundamental para a utilização da ferramenta, favorecendo o uso mesmo daqueles usuários que não tem experiência com informática. Além disto, o compartilhamento de conhecimento em rede oferecido pelos portais educativos, possibilitam um ambiente colaborativo, que viabiliza acrescentar dados, informações e novos conteúdos, auxiliando assim na produção do conhecimento, mediadas pelas tecnologias em rede (AGUIAR, 2019).

A característica Manutenibilidade atingiu 62,5% de concordância, visto que um avaliador considerou que há risco quando se faz alteração no Portal e dois avaliadores não souberam avaliar. Acredita-se que o número pequeno de avaliadores da TI e a pouca experiência na área dos participantes do estudo, podem ter contribuído para este resultado. Identificou-se um viés de resposta na característica Confiabilidade. Embora a ISO/IEC 25010 (2011) seja uma norma para avaliar qualquer software, tendenciou os avaliadores a escolherem a resposta: “não se aplica” na pergunta: “O menu “Fique por Dentro” reage adequadamente quando ocorrem falhas? Os avaliadores justificaram que o menu não apresenta falhas, embora as respostas se mostraram parciais, cujas justificativas mostraram que o Portal Educativo possui alto desempenho.

No modelo ISO/IEC 25010 (2011), define as características de qualidade que todo software deve ter, de forma a alcançar um nível muito alto de qualidade, a característica Confiabilidade é definida conforme “o desempenho que se mantém ao longo do tempo e em condições estabelecidas. Na avaliação de conteúdo do menu “Fique por Dentro” realizada pela equipe assistencial, todos os domínios foram validados, resultando em 82% de concordância nos objetivos; 84% na estrutura e apresentação e 80% no item relevância. Isto significa que, no item objetivos identificou-se que o menu “Fique por Dentro” contempla o tema proposto sobre o COVID-19, possuindo uma linguagem adequada ao ensino-aprendizagem, sanando dúvidas, proporcionando reflexão e incentivando mudança de comportamento em relação ao atendimento da doença.

Quanto à avaliação referente à estrutura e apresentação do menu “Fique por Dentro”, constatou-se que a linguagem está apropriada ao público-alvo e ao material educativo, cujos, conteúdos são apresentados de forma clara, objetiva, esclarecedora, contendo informações corretas, com temas atualizados e tamanho de texto adequado. Teles et al. (2014) ressaltam que no processo de comunicação escrita, a elaboração

textual precisa estar adequada ao nível educacional e cultural do público-alvo a ser beneficiado pela tecnologia educativa construída.

Na avaliação referente à relevância do menu “Fique por Dentro” foi caracterizado que as informações contidas no menu estimulam o aprendizado, contribuindo para o conhecimento da área e despertando o interesse pelo tema. O produto gerado para o menu composto de materiais validados e confeccionados por médicos, acadêmicos de enfermagem, serviço de controle de infecção, gerências e serviço de segurança do paciente, proporcionou conteúdo para as ações de educação permanente e o forte protagonismo dos profissionais de saúde no combate a atual pandemia do novo coronavírus, possibilitando a discussão e ações conforme a necessidade do usuário.

Quanto à avaliação de conteúdo do menu “Fique por Dentro” por meio do IVCES, concorda-se com os autores do instrumento, que preconizam que o mesmo disponibiliza embasamento científico capaz de validar conteúdo de materiais educativos em saúde. Destinado aos profissionais de saúde de nível superior que desejam construir e validar conteúdos educativos para qualquer público-alvo (LEITE et al., 2018), o IVCES permitiu avaliação criteriosa do portal educativo.

Diante destes resultados, conclui-se que as características como eficiência, funcionalidade, usabilidade, compatibilidade avaliadas atingiram o intento no processo de construção do portal.

O conhecimento é a principal estratégia que os profissionais de saúde têm para enfrentar a pandemia, com isto, a capacitação, em tempo real, durante as emergências globais é fundamental para preparação e respostas eficazes. O Portal educativo não atendeu somente os colaboradores, mas a gestão do hospital que entendeu como um meio de aproveitamento para divulgação de informações da COVID-19. Além disso, o processo de atualização e aprimoramento do sistema é contínuo, cujas melhorias serão realizadas levando em consideração as avaliações e comentários deste estudo, bem como a utilização no cotidiano do trabalho na instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do portal educativo mostrou-se uma ferramenta importante nas atividades de educação permanente, na melhoria dos processos e na qualidade da assistência. Ainda, tendo sido criado num cenário de enfrentamento de uma pandemia, permitiu suporte para os profissionais da saúde adotarem condutas embasadas nos conteúdos propostos pelo portal, para os quais ainda serão submetidos a revisões, novas formulações e aprimoramentos. Contribui inicialmente para questões cruciais como saber utilizar adequadamente os equipamentos de proteção individuais (EPIs), conhecer os fluxos dentro da instituição do paciente suspeito ou vítima da COVID-19, revisar as condutas da equipe para o atendimento de ressuscitação cardiopulmonar aos pacientes com o novo coronavírus, entre outros temas. Acima de tudo, oportunizou um enlace de conhecimento compartilhado e construído coletivamente. Desde sua implantação, o portal está sendo usado por completo, proporcionando o aprendizado relacionado aos eixos educativos e temas atuais desenvolvidos na instituição.

Como limitação do estudo, aponta-se a decisão em ter sido eleito para o processo de validação pelos especialistas somente um dos menus que formam o portal, embora esse seja representativo do conjunto da produção.

O portal educativo é uma ferramenta que contribui para que os colaboradores criem e se tornem sujeitos que constroem continuadamente, transformando o mundo do trabalho e tomando consciência sobre o seu contexto e responsabilidade no seu processo permanente de educação.

Sendo assim, o produto gerado por esse estudo, além de contribuir para a qualificação do trabalho da Enfermagem, impacta em toda a instituição ao disponibilizar uma ferramenta que confere a possibilidade em agregar novos conteúdos dos múltiplos interesses e necessidades institucionais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.C. de. **Integração de tecnologias educacionais em rede pelos estudantes- estagiários do curso de formação de professores para a educação profissional: portais e recursos educacionais digitais.** 2019. (Mestrado de Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil, Santa Maria/RS. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/19805/DIS_PPGEDUCA-CAO_2019_A GUIAR DELIANE.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 24. ago. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT NBR ISO/IEC 14598-6: Engenharia de software: Avaliação de produto – Documentação de módulos de avaliação. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. **Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus.** Mar. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 16 ago. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1º ed. Revisada. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em 03 set. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 3.390 de 30/12/2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília/DF:MS; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 16 ago. 2021.

CELLARD, A. Análise documental. In: POUPART, J., et al (Ed.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos;** 2008 Petrópolis/RJ: Vozes, 2008. p. 316. ISBN 978-85-326-3681-2.

FARIAS, Q.L.T. *et al.* Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 11, n. 4, p. 1–11, 2017. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1261>. Acesso em: 02. set. 2021.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO) INTERNATIONAL ELECTROTECHNICAL COMMISSION (IEC). **ISO/IEC 25010:** System and Software engineering - System and software Quality Requirements and Evaluation (SQuaRE) - System and software quality models. Switzerland; 2011.

LEITE, S. de S. *et al.* Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 4, p. 1635–1641, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1635.pdf. Acesso em: 14 set. 2021.

OLIVEIRA, S.S. de; *et al.* As Escolas Médicas e os desafios da formação médica diante da epidemia brasileira da Covid-19: das (in) certezas acadêmicas ao compromisso social. **Revista de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde**, v. 2, p. 56–60, 2020. Disponível em: <https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/69/49>. Acesso em: 02. set. 2021.

PEIXOTO, P. de A. *et.al.* **A ducação permanente e, saúde na atenção terciária a partir da ideologia de Paulo Freire**. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018. Acesso em: 03. set. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem** [recurso eletrônico]. Tradução de Maria da Graça Figueiró da Silva Toledo. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

TELES, L. M. R. *et al.* Development and validating an educational booklet for childbirth companions. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 48, n. 6, p. 977–984, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-0977.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

VICENTINI, L. A.; MILECK, L. S. Desenvolvimento de sites na web em unidades de informação: Metodologias, padrões e ferramentas. Luiz Atilio Vicentini Biblioteca Central – UNICAMP. **Proceedings of the 11th Brazilian Symposium on Multimedia and Web (WebMedia 2005)**, n. May 2014, p. 561–565, 2014. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=3>>. Acesso em 31. ago. 2021.

WEBLINK. **O que é PHP?** Disponível em: <https://www.weblink.com.br/blog/php/o-que-e-php-conheca/>. [Online]. Acesso em: 16 ago. 2021.

CAPÍTULO 22

GESTÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL REGIONAL DO OESTE: AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Gleica Pressi

Daniel Jesse Junior Ferreira Cassemiro

Jacira Batista de Oliveira

Jussara dos Santos Valentini

João Batista Baroncello

Rosana Amora Ascari

Gabriela Gonçalves de Oliveira

INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é o conceito pedagógico utilizado no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e serviço, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde e deve considerar as especificidades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007).

Assim, a Educação Permanente (EP) compreende a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar “se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2009, p. 21). Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação do cenário profissional, representada pela aprendiza-

gem-trabalho, ou seja, a EP acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, a partir de problemas reais e dos conhecimentos e experiências que os indivíduos já possuem (BRASIL, 2009).

O cenário é compreendido como lugar de produção de cuidado e, ao mesmo tempo, de produção pedagógica, uma vez que analisa uma situação real e possibilita rever a conduta dos trabalhadores no cotidiano. A educação permanente em saúde (EPS), favorece espaços coletivos para pensar, refletir e agir, bem como, fortalece relações e compromete o trabalhador com a produção de conhecimentos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de segurança social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga URSS), no ano de 1978, ficou estabelecido num plano mundial, através do documento final deste evento, a Declaração de Alma-Ata, a participação efetiva dos Estados na saúde do seu povo através da promoção de políticas de saúde que visassem o bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais dos seus habitantes, enfatizando-se principalmente os cuidados primários (CONASS, 2007).

Com quase 40 anos de existência, o Hospital Regional do Oeste (HRO), mantém sua premissa de ser uma instituição comprometida com a saúde, prestando serviços de excelência para a melhoria na qualidade de vida do cidadão. Inaugurado no ano de 1986, o HRO contou inicialmente com apenas 60 leitos, mas, pouco a pouco foi tendo sua estrutura ampliada e, a partir de então, tornou-se referência para mais de 1,5 milhão de habitantes, caracterizando-se como

centro de referência para média e alta complexidade (HOSPITAL REGIONAL DO OESTE, 2021).

Atualmente, mantido pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF), o HRO mantém uma posição de referência na precisão para tratar, devido à sua ênfase em serviços de alta complexidade, nas áreas de Oncologia, Neurologia/Neurocirurgia, Terapia Nutricional, Gestação de Alto Risco e Traumato-Ortopedia, entre outras especialidades. Ainda, é referência regional atendendo o oeste do Estado de Santa Catarina, norte do Rio Grande do Sul e noroeste do Paraná, pertence a 4^a Regional da Saúde do estado e presta serviços a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de sua abrangência (HOSPITAL REGIONAL DO OESTE, 2021).

Com relação ao quadro funcional atual, ele dispõe de 1.419 profissionais. Destes, 274 são de setores Administrativos, 695 da área de Enfermagem, 04 do Serviço de Fonoaudiologia, 35 do serviço de Fisioterapia, 255 dos Serviços de apoio (Higiene, Lavanderia, Cozinha e Manutenção) e 156 do Serviço de Diagnóstico e Tratamento (HOSPITAL REGIONAL DO OESTE, 2021).

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o HRO (2021) conta com 339 leitos cadastrados e distribuídos entre as unidades de Oncologia I e II, Privativo, Clínica Médica, Maternidade, Berçário, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto – Pediátrica – Neonatal, Centro Cirúrgico (CC), Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), Centro Obstétrico (CO), Clínica Cirúrgica Geral, Clínica Cirúrgica Traumato-Ortopédica, Pronto Socorro (PS) e Neurologia, além dos serviços auxiliares de Diagnóstico e Terapia. Dispõe de 25 especialidades médicas e serve de campo prático para diferentes cursos da área de saúde, contemplando instituições públicas e privadas de cursos técnicos, graduação e pós-graduação *Lato Sensu e Stricto Sensu*, mantendo assim, a organização com as instituições integradas com a formação na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e disponibilizando a utilização de ferramentas práticas con-

sideradas potentes para a qualidade de ensino destes profissionais.

A articulação de ações e serviços de saúde em linhas de cuidado também é um dispositivo de gestão da clínica, visando promover o comprometimento e a corresponsabilização dos profissionais e serviços de saúde com pacientes, famílias e comunidade, de modo a ampliar o autocuidado, estimulando a promoção da saúde e prevenção de doenças, ofertando um cuidado contínuo para tratamento e recuperação, em um trabalho sinérgico e colaborativo de profissionais e serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2017). Neste sentido, este capítulo tem por objetivo relatar a experiência de gestão dos Programas de Residência Médica do Hospital Regional do Oeste, articulada às estratégias de Educação Permanente do hospital, campo de prática para qualificação e provimento de médicos residentes em processo de formação no oeste catarinense.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de profissionais vinculados ao Programa de Residência Médica (PRM), trabalhadores e colaboradores do setor de educação permanente do HRO e de instituições de ensino superior parceiras da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira.

O cenário em questão abrange um hospital público filantrópico com administração privada de Chapecó - SC, que atualmente conta com seis especialidades no PRM, à saber: Anestesiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Geral R3, Clínica Médica, Obstetrícia/Ginecologia, Pediatria, Ortopedia/Traumatologia. O PRM já formou 58 médicos especialistas e hoje possui 40 residentes ativos, sendo 18 R1 (residentes do primeiro ano), 17 R2 (residentes do segundo ano) e cinco R3 (corresponde ao terceiro ano de residência).

Ao longo dos anos e seguindo a ideia inicial de educação em saúde, profissionais inseridos no serviço prestado à comunidade pela ALVF em conjunto com a Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), idealizaram transformar o cenário hospitalar voltado

ao processo de ensino-aprendizagem no campo de prática médica, por meio da oferta do Programa de Residência Médica (PRM). Assim, no ano de 2010, a cidade de Chapecó, no oeste do estado de Santa Catarina foi contemplada com o primeiro curso de Graduação de Medicina, sob a responsabilidade da Unochapecó, curso que teve autorização de implementação por meio da Resolução nº 095/CONSU/2005 de 15 de setembro de 2005 e reconhecimento do Curso de Bacharelado em Medicina através do Decreto nº 711 do Conselho Estadual de Educação em 07 de dezembro de 2011 (UNOCHAPECÓ, 2021).

Nesse ínterim, os médicos do corpo clínico, sentindo a necessidade locorregional em contribuir na qualificação e na presciênciade profissionais médicos para atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) da própria instituição e região, junto com a Unochapecó, iniciaram as primeiras tratativas para a construção do projeto com vistas à implantação do PRM do HRO, o qual teve início em 2010. Num primeiro momento a experiência dessa implantação foi tecendo-se com considerações sobre fragilidades encontradas ao longo do processo, paralelamente, a experiência foi articulando elementos triviais e esperados como em todo processo formativo.

O Programa de Residência Médica foi aprovado em 2010, tendo seu primeiro edital divulgado no ano de 2011 com a especialidade de Cirurgia Geral. Em 2013, com a publicação da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013 que instituiu alteração nas Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, em seu Art. 2º descreve “ I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos...” deu-se início ao credenciamento de novos PRM: Clínica Médica, Ginecologia/Obstetrícia e Ortopedia/Tramatologia (BRASIL, 2013).

No ano de 2015 houve a inserção da Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS), como instituição parceira nos Programas de Residência Médica, definindo-se as atribuições por um termo tripartite entre as instituições: Unochapecó, ALVF e UFFS.

DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA GESTÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

A sociedade brasileira vivencia momentos de grandes mudanças em decorrência de fatores externos e internos, que englobam várias dimensões: política, econômica, social e cultural, caracterizada pela multiplicidade e variedade de organizações, sendo o trabalho considerado como um espaço de atuação e afirmação do indivíduo (CASTRO, 2018).

Os processos educativos em saúde devem ser disparados a partir de desafios identificados no cotidiano do trabalho, com intuito de orientar as práticas de educação em serviço. Nesse sentido, a capacidade de gestão, orientada por uma racionalidade estratégica, possibilita a identificação da natureza dos problemas enfrentados, a priorização desses, a construção de planos, a avaliação e a comunicação dos resultados alcançados (RIBEIRO; PRADO, 2018).

A Educação Permanente em Saúde parte do pressuposto da identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva (BRASIL, 2004).

A operacionalização do PRM dá-se na prática, pela atuação dos residentes, tutores, preceptores e mediada pelas equipes assistenciais e gerenciais do próprio serviço de saúde. Os PRM apresentam-se como estratégia de gestão das práticas assistenciais dos residentes, sob supervisão do preceptor como mediador no processo de apren-

dizagem e, para isso, precisa mobilizar saberes e estratégias que lhe permitam conduzir o residente no processo de aprender-ensinar por meio da, ação e reflexão para reconstrução da sua prática diária (RIBEIRO, 2013). Da práxis, emergem ações de educação coletivas ensino-serviço, aliadas à educação permanente em saúde institucionalizada, normatizações e técnicas que balizam a tomada de decisão dos residentes na prática profissional.

Nesse contexto, coordenadores de área, tutores e preceptores assumem papel estratégico como articuladores na produção do conhecimento, com vistas à fortalecer as diferentes dimensões que permeiam o processo formativo, tais como, cuidado, gestão, educação, aguçando a dimensão investigativa para uma atuação embasada nas Melhores Práticas profissionais. Conceito que abarca as melhores evidências científicas, a expertise clínica do profissional e o reconhecimento das necessidades individuais. Nessa perspectiva, o PRM visa melhorias contínuas nas diferentes áreas de atuação do residente, para que ele seja capaz de pautar sua conduta nas melhores evidências para o manejo clínico adequado.

Quanto às instâncias decisórias dos PRM em questão, cada especialidade conta com um médico especialista na coordenação, sendo que as questões de gestão do PRM que envolvem o serviço, são apreciadas pela coordenação da especialidade e encaminhadas à Coordenação do PRM, que habitualmente, ou resolve ou são encaminhadas à Comissão de Residência Médica (COREME), a qual possui representante das três Instituições parceiras (ALVF, Unochapecó e UFFS), para apreciação, discussão e parecer final (definição da situação em análise).

Cotidianamente, são utilizadas iniciativas educacionais em capacitações programadas, de livre demanda e ações de gestão dos PRM por meio dos conceitos de Educação Permanente, em que o contexto pedagógico e metodológico potencializa o ensino-aprendizagem, reflexões críticas sobre o processo educativo nas práticas de serviço.

A partir do resgate histórico acerca da Educação Permanente e vivência junto aos residentes de turmas anteriores, buscou-se identificar fragilidades que podem ter contribuído com insuficiências e dificuldades encontradas no decorrer do processo de formação, ocasionando, por vezes, vacância em vagas ofertadas nas diferentes Especialidades médicas. Esse diagnóstico contribui para um trabalho em conjunto entre a Coordenação atual e docentes de Instituições parceiras ao Programa, onde desenvolveram-se algumas atividades educacionais que ao longo dos anos fortaleceram o vínculo multiprofissional e interdisciplinar refletindo na qualidade da assistência.

A interpenetração das dimensões educacionais e de gestão, amplia-se as explicações sobre os fenômenos e processos do cotidiano do trabalho, entendendo-os segundo uma perspectiva situacional, uma vez que, ocorre a partir de um determinado contexto que envolve fluxos e redes de atenção da qual participam usuários/clientes, profissionais e gestores (RIBEIRO; PRADO, 2018).

Ao ingressar no HRO, o profissional residente participa no primeiro dia letivo do PRM de uma atividade chamada de “integração dos novos residentes”, esse encontro reúne todos os R1 da Residência Médica e demais Residências em Saúde (Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Psicologia) com duração de oito horas, distribuídas entre palestras ministradas por coordenadores de unidades hospitalares pelas quais os residentes irão desenvolver as atividades práticas no serviço, orientando-os sobre normas e condutas de rotina da Instituição hospitalar.

De acordo com a Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), nº 02 de 2006, de 17 de maio de 2006, a carga horária de 60 horas semanais dos residentes é distribuída entre atividades práticas e teóricas (BRASIL, 2006; COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2021). Destaca-se algumas atividades teóricas e teórico-práticas, tais como, aulas, seminários, discussão de casos clínicos e rounds por especialidade que acontecem

no auditório do Centro de Estudos do hospital semanalmente, com participação assídua de residentes, preceptores e coordenadores.

No que tange ao ensino das atividades práticas, os residentes participam de treinamentos em simuladores, como o de videoendoscopia, utilizado para a prática cirúrgica, atendimentos ambulatoriais e em clínicas de internação. Os rounds são realizados à beira leito com a finalidade de discutir casos clínicos, valorizando o conhecimento prévio dos residentes, minimizando possíveis falhas e eventos adversos no cuidado prestado.

Esses caminhos que se cruzam, tecem-se, rompem-se, (re)constroem-se e se (re)significam e são a expressão maior da formação visando à qualidade no cuidado. Permanece a necessidade e o desejo de que os profissionais de saúde teçam sua participação, como protagonistas/sujeitos do cotidiano de trabalho, numa busca incessante de conhecimento e das possibilidades de sua aplicação na prática (ADAMY et al., 2017).

O processo de ensino-serviço evoluiu muito nos últimos anos e não foi diferente nos programas de residência médica em questão. No entanto, os PRM do HRO/ALVF em parceria com instituições de ensino superior, ainda apresentam limitadores, tais como, o registro das atividades desenvolvidas ao longo da formação, o qual demanda de um sistema de gestão acadêmica, integrado entre as instituições de ensino parceiras e o serviço, capaz de gerenciar atividades, frequências, carga horária, avaliações, entre outras atividades que fazem parte do processo ensino aprendizagem acadêmico-profissional do residente.

Nesse contexto, observa-se que os aspectos de atuação multiprofissional e interprofissional vêm ganhando espaço nos serviços de saúde e cada vez mais, enfatiza-se a integração nas condutas interdisciplinares, corroborando com o pensamento Freireano, em que, ensinar não é apenas transferir conhecimento, mas articular a criação de possibilidades para a produção/construção, formando e re-formando, uma vez que o ensinar inexistiria sem o aprender e vice-versa (FREIRE, 1996).

A organização das atividades e ações educacionais na assistência à saúde por meio de cada coordenador de especialidade, com o suporte do setor de Educação Permanente do HRO, estimulam e favorecem o crescimento e desenvolvimento profissional dos residentes e demais colaboradores da Instituição, uma vez que a produção do conhecimento é instigada, para além de seus condicionantes e força de vontade de aprender. Esta dissemina-se entre os demais integrantes do processo ensino-serviço, colaborando na superação de dificuldades e limitações. Isso posto, comprehende-se o verdadeiro conceito de educação permanente em que, o aprender e o ensinar são incorporados no cotidiano laboral, a partir dos nós críticos do dia a dia, das necessidades específicas dos profissionais e apoiada no princípio pedagógico crítico, problematizador e reflexivo (BRASIL, 2018).

Quando desconsidera-se o ato da transmissão de conteúdos como estratégia fundamental de produção de conhecimento, questionando os padrões acostumados estabelecidos, haverá ambiente favorável à educação libertadora (FIGUEIREDO; GOLVÉA; SILVA, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que os momentos de educação permanente em saúde podem contribuir significativamente na troca de saberes e transformação da prática nos programas de residência médica. A importância desses momentos é reconhecida pelos residentes e pelos profissionais do serviço que convivem diariamente, implementando teoria e saboreando a prática.

Há desafios que ainda necessitam ser superados para a efetivação da educação permanente nos diferentes setores que compõem os serviços de saúde, campo de atuação dos residentes. Entretanto, para que a educação permanente em saúde aconteça de fato, faz-se necessário, além do apoio institucional, o envolvimento das instituições de ensino parceiras, as quais corroboram para o fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem no trabalho, criando espaços de discussão sa-

lutar, que, consequentemente reverberam na gestão dos programas de residências e na qualidade dos serviços ofertados à população.

REFERÊNCIAS

Adamy, E. K. et al. Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 7, p. e1615, 2017. Doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1924>

BRASIL. Marilda Siriani de Oliveira. Sistema Único de Saúde. **Gestão de Programas de Residências em Saúde no SUS: gestão da clínica**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2017. 74 p.

BRASIL. Marilda Siriani de Oliveira. Sistema Único de Saúde. **Gestão de Programas de Residências em Saúde no SUS: gestão da clínica**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2017. 74 p.

BRASIL. **Lei Federal N° 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial União, 22 Ago 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial União, 13 Fev 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. — Brasília: Ministério da Saúde,

2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

BRASIL. Resolução CNRM Nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf

CASTRO, J.L. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Organizado por Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar e Francisca Nazaré Liberalino. – Natal: SEDIS-UFRN, 2018.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA – CNRM. Ministério da Educação. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/sistema-unico-de-saude-2/>

FIGUEIREDO, E. B. L.; GOUVÉA, M. V.; SILVA, A. L. A. Educação Permanente em Saúde e Manoel de Barros: uma Aproximação Desformadora. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 40, n. 3, p. 324-331, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01712015>.

HOSPITAL REGIONAL DO OESTE - HRO. Portal da Transparência. Disponível em: <https://hro.org.br/transparencia/>

RIBEIRO, K.R.B.; PRADO, M.L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 4, p. 161-165, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731>

FREIRE, P.. PEDAGOGIA DA AUTONOMIA: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: O: Paz e Terra, 1996. 76 p.

RIBEIRO, O. C. E.; LIMA, V. V. Gestão de iniciativas educacionais: a educação permanente em questão. In: **Série Processos Educacionais na Saúde.** Volume 1 – Reflexões e Inovações na Educação de Profissionais de Saúde / Valéria Vernaschi Lima, Roberto de Queiroz Padilha – 1. ed. - Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

UNOCHAPECÓ. Curso de Graduação em Medicina. Dados Legais. **AutORIZAÇÃO: Resolução nº 095/CONSUN/2005, publicado em 15 de setembro de 2005;** Reconhecimento: Decreto nº 711 – CEE, de 07 de dezembro de 2011. Disponível em: <https://www.unochapeco.edu.br/medicina>

CAPÍTULO 23

TRAJETÓRIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ARGENTINA: PRÁTICAS E REFLEXÕES DA ENFERMAGEM

Daniela Savi Geremia,

Nora Margarita Jacquier

Aline Massaroli

Jeferson Santos Araújo

Jiennifer Souza De Oliveira

INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem é um recurso humano crítico em saúde, acostumado a atuar em situações dinâmicas e em cenários instáveis, mas a pandemia da Covid-19 representou uma contingência inusitada de grande magnitude que, essencialmente, exigiu que toda a equipe de saúde se atualizasse para dar respostas rápidas e adequadas ao cuidado em saúde da população. Nessa linha, a pedagogia da problematização é considerada um modelo adequado para a EPS e faz parte da proposta de Programação Local Participativa. Ambas as abordagens têm sido implementadas em diversos programas de formação e/ou atualização contínua nos espaços de trabalho em saúde e estas foram amplamente utilizadas no cenário pandêmico recente.

Segundo a pedagoga argentina Cristina Davini (1995), a EPS constitui-se em um instrumento de intervenção estratégica, capaz de colaborar com a geração de novos modelos e processos de trabalho nas instituições, por meio da transformação das práticas técnicas e sociais. Assim, esse modelo pedagógico está vinculado

ao modelo de programação local participativa. Essas iniciativas de EPS tem esse potencial de transformação por estarem centradas nas práticas cotidianas de trabalho, envolvendo diversos atores e uma rede de trabalhadores multiprofissional e interdisciplinar (FERREIRA *et al.*, 2019).

A EPS pode ser desenvolvida por meio de distintas abordagens, sendo definida pelo Ministério da Saúde da Argentina (2021) como uma estratégia sistematizada e global que apoia a melhoria da atuação das equipes de saúde, a partir da atualização de conhecimentos teóricos ou habilidades técnicas específicas. Por meio da EPS se introduz a aprendizagem no ambiente de trabalho, pois as situações problemas que permeiam cada serviço tornam-se agente propulsores e promotores do processo crítico e reflexivo sobre o próprio trabalho, contribuindo para transformar as práticas nos serviços de saúde.

Na perspectiva de mudanças nas práticas de saúde, a partir do processo de integração ensino-serviço para aprimorar a formação profissional, destacam-se os componentes chave para o processo de ensinar e aprender que devem ser considerados, a saber: Como? Quando? Onde? E o que ensinar? Assim, com a finalidade de ampliar esse debate, apresenta-se neste capítulo algumas contribuições analíticas que são frutos de trabalhos como docentes, pesquisadores e extensionistas universitários, com inserção na saúde coletiva e na enfermagem assistencial, estes realizados desde a década de 90 e que se apresentam como estratégias para as demandas atuais de EPS.

O objetivo deste capítulo é refletir sobre o processo de formação em serviço como dispositivo para desencadear o pensamento crítico sobre as práticas profissionais mais adequadas frente às mudanças epidemiológicas e às demandas populacionais emergentes na Argentina.

RELATO DE EXPERIÊNCIAS COM EPS NA ARGENTINA: EXPERIÊNCIAS NA ATENÇÃO HOSPITALAR

A primeira experiência a ser relatada ocorreu nos anos 90 e seus legados são presenciados até hoje, dado a efetividade das ações e continuidade do processo de ensino e aprendizagem em serviço. Trata-se de um projeto de integração docente-assistencial entre enfermeiros do hospital Ramón Madariaga e a Escola de Enfermagem da Universidade Nacional de Misiones (UNaM), que foi desenvolvido em 1992. O projeto teve como objetivo melhorar a qualidade da prática assistencial de enfermagem através de um trabalho conjunto entre enfermeiros, técnicos de enfermagem (assistenciais) e comunidade acadêmica, atuando na retroalimentação entre as instituições que capacitam e utilizam recursos humanos.

O hospital é referência regional na província de Misiones e foi utilizado como campo de prática para o desenvolvimento das experiências clínicas dos diferentes níveis de formação, considerando o processo de experimentação dos acadêmicos em diferentes contextos assistenciais. A integração ensino-serviço é utilizada como estratégia potencial para introduzir mudanças que permitam elevar o nível de qualidade da atenção à saúde. Da mesma forma, possibilitou que o acadêmico fosse incorporado ao sistema de saúde com maior segurança, visto que o que foi aprendido no serviço impactou a prática social da profissão.

A Federação Argentina de Enfermagem (FAE) afirma que o docente de enfermagem deve ter competência profissional, formação específica e atualizada no processo ensino-aprendizagem e uma concepção clara da importância da integração docente-assistencial, fundamentada no fato de que o profissional e a sua prática é o que nutre o ensino e a pesquisa, refletindo na realidade que se vivencia nos serviços de saúde. Os autores do projeto, em sua dupla função

de supervisores de enfermagem e docentes fizeram o seguinte diagnóstico da situação: a) Falta de treinamento em serviço, b) Falta de padrões de atendimento e procedimentos, c) Déficit de recursos materiais d) Escassez de recursos humanos qualificados de enfermagem e, e) Desvios de funções da equipe de enfermagem. O impacto dessa integração e ação conjunta de EPS foi benéfica quanto aos seguintes fatores: 1) Utilização das normas e padrões de enfermagem pelo pessoal da área hospitalar e da escola de Enfermagem; 2) Integração permanente do pessoal docente e dos serviços onde realizavam as experiências e práticas clínicas; 3) Acordo com os serviços que os acadêmicos realizariam apenas as tarefas de sua competência.

O programa de EPS desenvolvido no cenário hospitalar também orientava a padronização dos procedimentos básicos da assistência de enfermagem nos diferentes serviços do hospital. Cabe destacar que o próprio conceito de EPS foi introduzido na América Latina, visto que a formação em enfermagem era focada no desenvolvimento de habilidades técnicas e a EPS introduziu valores e compromissos éticos, políticos e sociais (FERREIRA *et al.*, 2019).

Nesse caso apresentado, os docentes conheciam tanto a equipe, quanto o ambiente de trabalho, porque já haviam atuado neste local como supervisores de enfermagem, e este se consolidou como um espaço de trocas de experiências enriquecedoras que promoviam ações conjuntas e dinâmicas, reforçando uma formação de qualidade e de forma planejada.

Assim, visto que saberes como o planejamento, não são biológicos ou hereditários, mas, são construídos em um contexto histórico, político, econômico e geográfico (MENÉDEZ, 2015). Logo, estes determinam como ocorre com o processo saúde-doença-cuidado, o processo de EPS foi uma construção coletiva do conhecimento (DINIZ; SÁ, 2019). Para que o processo de formação e educação fosse significativo, se reconheceu a importância de explicitar de qual “lugar” que o autor/enfermeiro/professor/pesquisador ocupava na EPS,

bem como, a posição em que os leitores/acadêmicos/entrevistados se situavam no cenário, com o intuito de transformar a realidade social em que todos trabalhavam ao longo da trajetória profissional. O respeito e a valorização do espaço de cada um no coletivo foi o aspecto potencializador da experiência de EPS na atenção hospitalar.

EXPERIÊNCIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ressignificando à própria experiência profissional de EPS na Argentina, em outros momentos, fora do período pandêmico, há quase três décadas se realizam capacitações em serviço para pessoal de enfermagem da Atenção Primária à Saúde (APS) (SANTOS, et al. 1992). Esta experiência foi realizada com aproximadamente 70 profissionais de enfermagem, os quais na época não tinham título ou certificado que habilitasse para o exercício profissional. Em analogia com o cenário brasileiro, trata-se do que conhecíamos como atendentes de saúde.

Depois de observar mudanças positivas no desempenho da equipe de enfermagem do hospital Ramón da Madariaga, conforme experiência relatada acima, a diretoria da APS solicitou no início da década de 90 a capacitação da sua equipe de enfermagem. Foi assim que se desenvolveu, no município de Posadas na Província de Misiones na Argentina, o “Programa de Educação Continuada em Enfermagem na Atenção Básica” da Escola de Enfermagem da UNaM. Tal programa consistia em 10 unidades temáticas: 1) Atenção Primária à Saúde; 2) Noções Básicas de Epidemiologia; 3) Técnicas de Comunicação em Saúde; 4) Vacinação; 5) Saúde Materna e Infantil; 6) Saneamento Ambiental; 7) Nutrição; 8) Problemas de saúde mais frequentes; 9) Técnicas básicas de enfermagem na APS; e 10) Saúde mental. A estratégia pedagógica combinava técnicas passivas (aulas expositivas) e ativas (discussão em grupo, dramatização, colóquios, demonstração e devolução de técnicas).

Nesta época, uma prática frequente na saúde pública era transferir as pessoas que realizavam tarefas passivas (por doença ou idade

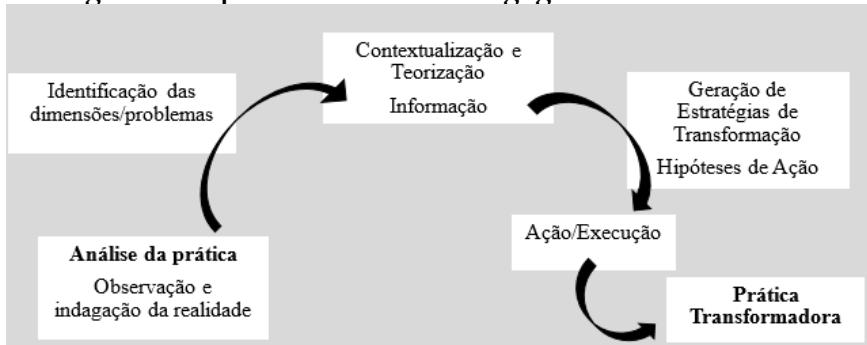
avançada), que pertenciam as unidades hospitalares para os centros de APS. Estas trabalhadoras de enfermagem eram mulheres idosas, algumas com dificuldade de locomoção e/ou excesso de peso, portanto eram consideradas como um problema de saúde ocupacional, devido as suas doenças de coluna. Dentre os motivos que ocasionavam tais fatos, seria a frequência em que mobilizavam os pacientes sem ajuda e usando inadequadamente a mecânica corporal nos serviços hospitalares.

O curso desenvolvido durou quase um ano, sendo realizado em uma sala de aula da Universidade, nas manhãs de sábado. Apesar das dificuldades de acessibilidade que algumas mulheres enfrentaram, a motivação pelo aprendizado foi maior e teve um compromisso das participantes do início ao fim. A diretoria da APS da Zona Capital da província de Misiones que solicitou a formação, relata até hoje a significativa mudança que este curso representou no nível da qualidade do atendimento à população e a equipe, tanto em termos de organização assistencial, como nas formas de se relacionarem com os usuários, na apresentação pessoal e na motivação no trabalho.

A partir dessa experiência, foi possível compreender a necessidade de antes de desenvolver qualquer atividade de EPS, realizar um diagnóstico situacional e conhecimento prévio da realidade e das pessoas envolvidas, bem como seu contexto social, cultural e suas condições de saúde, semelhante ao ocorrido na experiência hospitalar. Ou seja, o primeiro passo para uma EPS transformadora da realidade.

A figura 1 representa a dialética da pedagogia problematizadora e desponta sobre as abordagens teórico metodológicas que podem ser utilizadas para se alcançar um melhor resultado nas práticas de EPS. A transformação da realidade, tal como sinalizado nas experiências de EPS em Posadas província de Misiones na Argentina, demonstram que as experiências práticas são propulsoras de um aprendizado coletivo.

Figura 1- Espiral dialética da Pedagogia Problematizadora.



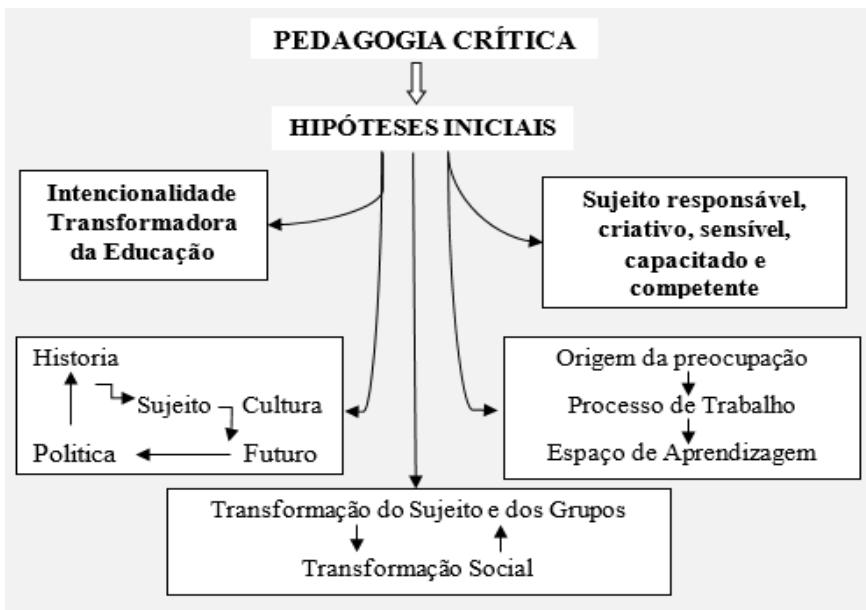
Fonte: adaptado de Davini (1995, p. 41).

HISTORICIDADE E A RELAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COM OS PILARES DA EDUCAÇÃO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

A EPS representa uma prática baseada na maiêutica de Sócrates, que tem como significado “dar à luz”, “parir” o conhecimento, ou seja, a partir de respostas às perguntas perspicazes, o conhecimento é despertado (MELO, 2019). Cabe então ao educador estimular, por meio de indagações, sobre o que e como educar nas formas de cuidar das pessoas que trabalham nos serviços de saúde. O ato de cuidar de outra pessoa transcende as competências meramente procedimentais, incluindo as dimensões físico-emocional-mental e espiritual do ser humano.

A figura 2 apresenta as formas de se desenvolver a pedagogia crítica e instigar práticas de educação em saúde que sejam efetivamente transformadoras da realidade social. A partir das hipóteses iniciais identificadas, busca-se desenvolver a EPS considerando o sujeito, sua história, cultura, perspectivas, situando-o no contexto do cenário de atuação profissional, para que o resultado seja repleto de significados.

Figura 2 - Suposições básicas da pedagogia crítica.

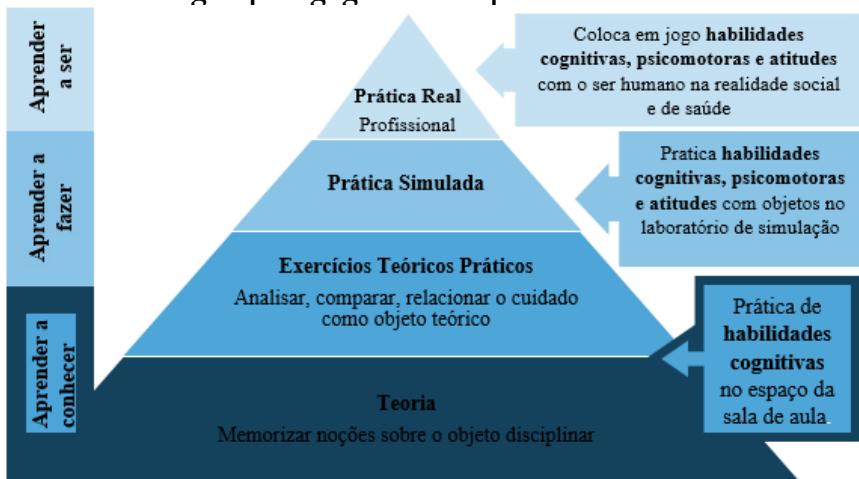


Fonte: adaptado de Heredia e Malvarez (2002, p. 63).

Essa representação da formação por meio da pedagogia crítica, busca a ampliação do olhar e implica em repensar o perfil profissional de que a sociedade necessita. De tal maneira que à geração de pessoas possam agir com responsabilidade ético-social, contribuindo com críticas à realidade e sendo sensíveis ao bem-estar da comunidade. Portanto a formação baseada em competências atende às exigências das práticas de atenção articuladas com o contexto local e regional da saúde (MELLO *et al.*, 2018).

Assim, as competências de: Aprender a conhecer (noções, proposições, concepções e categorias); Aprender a fazer (procedimentos e técnicas) e Aprender a ser (valores, atitudes e normas), demonstram o caminho entre a teoria e as práticas reais nos serviços de saúde, conforme ilustração da Figura 3.

Figura 3 - Relações entre pilares educativos, estratégias pedagógicas e competências formativas.



Fonte: adaptado de Miller (1990).

Esse percurso da aprendizagem por competências envolve atividades didáticas que permite aos acadêmicos assumir um papel mais ativo no conhecimento, gerando maior reflexão crítica de cada processo de trabalho. Nesse ínterim, os facilitadores da EPS devem estar atentos para garantir a inclusão das pessoas, sendo que cada uma apresentará distintos tipos de competências e as atividades educativas, precisam adequar-se as necessidades das pessoas e da realidade dos serviços de forma inter-relacionada, o que certamente promoverá um espaço que motive os envolvidos e gere o desenvolvimento de forma integral, reflexiva e contextualizada (DINIZ; SÁ, 2019; MELLO *et al.*, 2018).

Os processos de formação acadêmica e de EPS devem remeter a um profissional capaz de resolver problemas e atender às demandas de interesse público, sabendo identificá-las e propor estratégias com autonomia e iniciativa (CUADRA-MARTÍNEZ; CASTRO; JU-LIÁ, 2018). Não obstante, alguns questionamentos típicos da EPS podem ser resgatados: Quem é o sujeito do cuidado? Quais são as dimensões da atenção integral que se deve melhorar? Quais são as

habilidades e competências que os profissionais devem adquirir para oferecer uma assistência de melhor qualidade? O protocolo que está sendo realizado é ético? É possível humanizar o atendimento ao paciente e família, diante dos conhecimentos, recursos humanos e materiais disponíveis?

Essas são inquietações que instigam ao pensamento crítico e reflexivo que antecede o desenvolvimento da EPS e das práticas e ações de enfermagem nos serviços de saúde. Tais inquietações evidenciam o necessário planejamento compartilhado e as possibilidades de organizar ações institucionais na lógica pedagógica de envolver coletivos, gerando a problematização dos processos de trabalho (CUADRA-MARTÍNEZ; CASTRO; JULIÁ, 2018).

Essa transformação na forma de ensinar e cuidar é uma mudança do paradigma tradicional para outros mais inovadores, que estão sendo acelerados, ampliando inclusive o processo de tecnologização em diferentes serviços. De mais a mais, o desenvolvimento desse perfil de profissional crítico e reflexivo, envolve o processo de educação, formação, capacitações e avaliação do pessoal, a fim de identificar as necessidades dos serviços e atenção à saúde.

A EPS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

A epidemiologia até então pouco conhecida do coronavírus, forçou a tomada de medidas extremas e o desenvolvimento de novos protocolos de atendimento e práticas sociais. O surgimento do novo vírus e da gravidade da doença da Covid-19, acelerou os processos de cuidado, destacando as multitarefas do pessoal de saúde, principalmente do enfermeiro. Essa situação da pandemia evidenciou a importância da reflexão sobre os fundamentos do cuidado, que constituem a relação intersubjetiva, no encontro com “outro” ser humano onde se realizam as práticas de cuidado, levando a necessidade de atividades de EPS de forma emergencial.

Portanto, devido ao cenário mundial da doença, diversas de-

mandas e desafios foram postos às equipes de saúde, sendo que a prestação de um serviço de qualidade requer uma abordagem sistêmica que transcende o processo de trabalho cotidiano do dia a dia. A dotação desse recurso humano para atuar na saúde inclui considerar as questões sociais, econômicas e políticas de cada serviço e sistema. Contudo, para além da demanda de cuidados exacerbada ocasionada pela pandemia, a insuficiência de recursos humanos que já era um desafio foi agravada.

O déficit de pessoal foi atenuado em certa medida por meio de serviços mediados por novas modalidades de atendimento, como o “teleatendimento”. Esse cuidado que é realizado à distância, é mediado por tecnologia, e, em alguns casos substitui totalmente o atendimento presencial e em outros o complementa. Estas últimas são as chamadas “modalidades híbridas” que combinam o presencial e o virtual. Os serviços das áreas de saúde e educação utilizaram essas estratégias de trabalho para evitar a suspensão de serviços essenciais na conjuntura pandêmica, mas, estes exigiram novos conhecimentos de informática e de formas de se relacionar com os usuários/pacientes.

Ao resgatar as considerações do renomado Mário Testa (2020) têm-se como perspectiva a formação política dos profissionais nos espaços de trabalho em saúde e fora do cenário dos serviços de saúde. Todos os seres humanos são sujeitos políticos e o corpo da própria enfermeira trabalhadora da saúde, é a bússola que indica a posição que ocupa no espaço-tempo (SCHEPER-HUGHES; LOCK, 1987; SCHUTZ, 2008). Essa relação política da formação com a competência é demonstrada, por exemplo, quando no início da pandemia da Covid-19, a enfermagem e demais membros da equipe de saúde continuaram trabalhando, mesmo com o mundo paralisado, fronteiras internacionais fechadas, escolas, universidades e espaços de interação social isolados, o que demonstra um compromisso ético e social. Nesse cenário, o mundo demonstrou a carência de profissionais com competências críticas e reflexivas para os processos de

tomada de decisão sanitária.

A pandemia apresentou novas formas de cuidado, na qual o desenvolvimento do acolhimento e da sensibilidade em um atendimento de modalidade virtual e presencial são totalmente diferentes. O que permitiu essa abordagem virtual, essa nova forma de prestar cuidados de enfermagem e saúde, é que as pessoas já estavam conectadas por uma tela através de uma câmera e conseguiram ser atendidas. Contudo, o desafio para os trabalhadores de saúde ainda é entender que apesar do uso das tecnologias, o que não pode mudar é o sentido desse cuidado humano, seus valores, os relacionamentos e o respeito.

Então, o que antes era um problema em se pensar estratégias de atendimento à distância ou até mesmo de criar e usar essa tecnologia, foi impulsionado pela pandemia, obrigando a sociedade a rever os processos instituídos e a adaptar-se. Essas tecnologias, além do cuidado, permitiram a continuidade dos processos de EPS e demonstraram o seu potencial para preparar os profissionais de saúde para uma atuação com maior segurança e competência, mostrando-se muito eficazes para a prática de EPS.

A EPS é uma estratégia potente que tem a capacidade de mobilizar diferentes setores que compõe os sistemas de saúde, impulsionando mudanças profundas e intensas na realidade vivenciada pelos serviços e profissionais de saúde. Faz-se necessário reconhecer a EPS como estratégia de transformação em saúde, intensificando-a como mobilizadora de novas tecnologias e estratégias para a formação de profissionais de saúde e implementação de novos dispositivos para a ampliação do acesso à saúde pela população

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as experiências relatadas nas vivências de EPS em Posadas, na província de Misiones na Argentina, destaca-se a importância do fortalecimento da integração ensino-serviço como

estratégia potencial para desenvolver a qualidade da assistência nos diversos cenários de assistência à saúde. Verifica-se que esta integração tem o potencial de influenciar as práticas de saúde, impactando na formação dos profissionais que já estão atuando nos serviços de saúde e ainda, dos futuros profissionais que estão em processo de formação e vivenciam a realidade das práticas e outras diversas experiências durante o processo formativo.

Ademais, torna-se premente incorporar novas estratégias de ensino e de práticas de assistência, gestão e pesquisa em saúde. Principalmente quando se refere abordagens em EPS para enfrentar a atual pandemia da Covid-19. Portanto, readaptar as ações através de novas tecnologias que favoreçam a comunicação interprofissional e participativa, são inerentes a este processo de formação, que nos resulta a ampliação do acesso à saúde e a qualificação dos enfermeiros. Contudo o objetivo é promover por meio da EPS o desenvolvimento de competências profissionais e da capacidade crítica e reflexiva, que os instiguem a buscar constantemente a melhoria da saúde, a partir da realidade de cada local e contexto.

REFERÊNCIAS

ARGENTINA. Ministerio de Salud de Argentina. **Portal de Salud**. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2021. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/salud/capacitaciones/educacion-permanente-salud/campus>. Acesso em: 15 set. 2021.

CUADRA-MARTÍNEZ, D.J.; CASTRO, P.J.; JULIÁ, M.T. Tres saberes en la formación profesional por competencias: integración de teorías subjetivas, profesionales e científicas. **Formación Universitaria**, La Serena, v. 11, n. 5, p. 19-30, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062018000500019>. Acesso em: 26 set. 2021.

DAVINI, M.C. Educación permanente en salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud**. [Washington, D. C., EUA]: OPAS, 1995. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3104/Educaci%F3n%20permanente%20en%20salud.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 set. 2021.

DINIZ, D.S; SÁ, M. C. O uso das narrativas e do dispositivo grupal na formação/educação permanente dos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. **Revista Interface**, Botucatu, v. 23, n (spe), p. 1-18, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180217>. Acesso em: 04 out. 2021.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde em debate**, São Paulo, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: 23 set. 2021.

HEREDIA, A.M.; MALVAREZ, S. Formar para transformar: Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina 1990 – 2000. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Publicación nº 54**. [Buenos Aires, Argentina]: OPAS/OMS, 2002. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6253/2002-ARG-formar-para-transformar.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em: 23 set. 2021.

MELLO, A. L. *et al.* Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 1, p. 1-5, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0192>.

MENÉDEZ, E. **De sujetos, saberes y estructuras.** Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2015. 311 p.

MILLER, G. The assessment of Clinical Skill. Competence-Performance. **Academic Medicine**, [S.L], v. 9, n. 65, p. 63-67, 1990.

SANTOS, L.; JACQUIER, N. **Programa de educación continua de enfermería en Atención Primaria.** Posadas, Argentina: Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones, 1992.

SCHEPER-HUGHES, N.; LOCK, M. The mindful body. A prolegomenon to future work in medical anthropology. **Medical Anthropology Quarterly**, [S.L], p. 6-41. 1987. Disponível em: https://moodle.swarthmore.edu/pluginfile.php/83002/mod_resource/content/0/Scheper-Hughes,%20Lock-%20Mindful%20Body.pdf. Acesso em: 06 nov. 2021.

SCHUTZ, A. **El problema de la realidad social.** 2 ed. Buenos Aires: Amorrortu. 2008. 336 p.

TESTA, M. **Pensar en Salud.** Colección: Cuadernos del ISCo. 1. ed. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Lanús (UNLa), 2020. 252 p.

CAPÍTULO 24

O ENSINO DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO: UM OLHAR SOBRE A EMENTA DAS DISCIPLINAS DE ADMINISTRAÇÃO NA GRADUAÇÃO

Carmen Elizabeth Kalinowski
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha,
Aida Maris Peres

INTRODUÇÃO

Este capítulo compartilha possibilidades para o ensino do processo de trabalho participar politicamente, com foco nas ementas das disciplinas que abordam o gerenciamento e a gestão no trabalho da Enfermagem no Estado do Paraná. Este processo é compreendido como o compromisso profissional do enfermeiro de “atuar criticamente em espaços de poder, em negociações e acordos decorrentes de conquistas, para assegurar a representatividade e a visibilidade da profissão, bem como o direito à qualidade de cuidado aos usuários dos serviços de saúde.” (KALINOWSKI, 2020, p. 9).

Articulado com os demais processos de trabalho da Enfermagem – assistir, administrar, ensinar e pesquisar, o enfermeiro lidera sua equipe para práticas reflexivas e conscientes. Para tanto compete a este profissional, a união do conhecimento com a apropriação de cada componente que caracteriza os diferentes processos de trabalho, conduzindo às práticas de Enfermagem inovadoras e transformadoras (SANNA, 2007).

Ao enfermeiro docente cabe, também, o domínio dos componentes do processo de trabalho ensinar e pesquisar, porque são os qualificadores (produto), formando os trabalhadores da Enfermagem e desenvolvendo pesquisas que produzam conhecimentos que aprimoram as práticas (finalidade). O primeiro trata do ensino formal dos profissionais baseado em teorias, métodos e procedimentos de ensino-aprendizagem (instrumentos). O segundo trata da aplicação dos métodos de pesquisa (SANNA, 2007).

Para tal, o enfermeiro necessita, também, reconhecer e saber ensinar que o processo de trabalho envolve o cuidado de natureza física, psicológica, social e espiritual requerida por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidade (objeto), por meio da aplicação dos conhecimentos, habilidades e atitudes (instrumentos), e da sistematização da assistência e dos procedimentos de Enfermagem (métodos). O assistir é a natureza da Enfermagem, o que dá a essência e visibilidade a uma profissão, requer dos demais a sustentabilidade (SANNA, 2007).

O administrar/gerenciar se propõe a mobilizar e coordenar as condições para que o cuidado se efetive (produto), abrange tanto recursos humanos como materiais para a sua prática (objeto). Destaque para o enfermeiro como o principal agente nesse processo, não o único, que, ao se apropriar dos conhecimentos teóricos da administração (instrumentos), coordena o processo de trabalho em Enfermagem (finalidade), e para tal utiliza-se do planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria como método (SANNA, 2007).

Entende-se que o processo de trabalho participar politicamente é o que empodera o enfermeiro em diferentes ambientes e cenários da saúde e da educação, dentro e fora da sua estrutura de trabalho. Segundo Sanna (2007, p. 223) ao exercê-lo, o enfermeiro acarreta “para si e para o seu grupo de trabalho maior reconhecimento social”, visibilizando e ampliando a atuação da prática social da categoria.

Acrescenta-se ao enfermeiro docente a elaboração e condução de práticas pedagógicas relacionadas ao ensino, a extensão e a pesquisa,

que permitam proximidade e experiências reais do trabalho do enfermeiro. Além destas, destaca-se às atividades gerenciais ou de coordenação de instâncias colegiadas, administrativas e/ou educativas nas Instituições de Ensino Superior e, conforme à sua expertise poderá, também, exercer cargos diretivos nos serviços de saúde. Estes são espaços facilitadores ou modelos para a formação política, porque são cenários vivos de aplicação e visualização dos elementos constitutivos desse processo de trabalho do enfermeiro, bem como, possibilitam visualizar e construir práticas pedagógicas com os recursos de negociação, gerenciamento de conflito, tomada de decisão, comunicação, entre outros (MELLO et al 2017; KALINOWSKI, 2020).

Destaca-se que a formação desse processo corrobora com recomendações das entidades internacionais como a Organizações Panamericana da Saúde que no documento “Diretriz Estratégica para a Enfermagem na Região das Américas” (OPAS, 2019) que enfatiza sobre a participação do enfermeiro nas instâncias decisórias que compõem os sistemas de saúde, por reconhecerem e valorizarem que a atuação estratégica profissional colabora no fortalecimento e acesso aos serviços de saúde.

No Brasil, a Enfermagem encontra-se presente em todos os níveis organizacionais e assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) destacando que a amplitude da ação da categoria (OPAS, 2019) possibilita a participação em processos decisórios que favoreçam o atendimento aos usuários e consequentemente a visibilidade da prática social da categoria. Para tal, Sanna (2007) realça a importância de compreender que o reconhecimento do trabalho da Enfermagem acontece pela consistência da sua ação profissional, amparada pelos processos de trabalho que caracterizam o seu ofício: assistir, gerenciar, ensinar, pesquisar e participar politicamente. Processos de trabalho interligados, que estão amparados pelos recursos políticos e gerenciais como negociação, motivação, liderança, tomada de decisão, gerenciamento de conflitos, entre outros.

O mercado de trabalho em saúde requer profissionais com capacidade para resolver problemas, gerenciar conflitos, argumentar,

dialogar, negociar, propor e alcançar mudanças, implementando ações com respostas efetivas nos serviços de saúde, necessidades que o docente deve atender e inserir nas práticas formativas.

Estas e outras recomendações presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF), exigem que os projetos pedagógicos sejam articulados com as reais necessidades da sociedade e das instituições de saúde, para uma formação que atenda além das demandas técnicas assistenciais de cunho gerencial e as políticas (BRASIL, 2001). No estudo de Kalinowski (2020) enfatiza que a formação para participação política está em evidência, com um crescimento lento que requer mais incentivo e mobilização das instituições de ensino, dos docentes, dos pesquisadores em Enfermagem, como das entidades representativas da categoria.

Ao elaborar os planos de ensino das disciplinas ou dos projetos de extensão ou de pesquisa, o docente deve atentar para a consonância destas ações com o projeto pedagógico do curso, por sua vez contextualizado à realidade social e organizacional, conforme enfatizado nos estudos de Mello e demais autores (2017). Assim, possibilita-se a construção de práticas pedagógicas reflexivas e vivências sensibilizadoras e provocadoras para o processo de trabalho participar politicamente.

DESENVOLVIMENTO

Assim, para ampliar a discussão e possibilidades sobre a formação política, este estudo debruçou-se sobre as ementas das disciplinas que abordam os temas relacionados ao gerenciamento e gestão em Enfermagem procurando identificar os principais conteúdos formativos abordados.

Desenvolvido um estudo descritivo documental, com levantamento dos dados localizados no projeto pedagógico e ementas das disciplinas disponibilizados no *site* institucional e /ou pelos Coordenadores de onze Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná, no período de agosto de 2017 a abril de 2018. Disciplinas com 40 a 160 horas, o que representam 4% do total das 4.000 horas

regulamentadas (BRASIL, 2009) para o Curso de Graduação em Enfermagem. Constatada a presença de três a cinco disciplinas em média por curso, distribuídas em diferentes períodos da trajetória formativa.

Os critérios adotados para o levantamento das disciplinas foram que o título e/ou nas ementas descreviam termos de administração, gerenciamento, gestão ou a conteúdos relacionados aos processos de trabalho “gerenciar” e “participação política”. Foram analisadas as ementas de 35 disciplinas. Em relação a modalidade, teórica e prática, 20 (57,14%) nominavam só carga horária teórica, quatro (11,42%) identificavam as duas e 11 (31,42%) especificavam carga horária para estágio no gerenciamento e gestão, com foco na área hospitalar, saúde coletiva e em serviços de saúde.

Nas ementas eram identificados conteúdos, temas relacionados à formação dos componentes do processo de trabalho “participar politicamente” e a relação com o “gerenciar”. Importante destacar que nove dos cursos participantes apresentavam projetos de extensão relacionados a temas de gerenciamento e gestão, mas nenhum específico para o participar politicamente.

Para melhor compreensão de como o ensino do gerenciamento e da gestão em Enfermagem aborda e articula com o processo participar politicamente, os temas foram inseridos em uma planilha *Excel* e, após várias leituras e releituras, foram organizados em cinco categorias temáticas, que demonstram os principais temas abordados.

CATEGORIA 1 - RELAÇÃO DO GERENCIAMENTO E GESTÃO EM ENFERMAGEM COM OUTRAS CIÊNCIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O conhecimento do gerenciamento e gestão em Enfermagem está alicerçado em outras ciências, como a Administração, a Economia, a Sociologia entre outras, como também interligado com as políticas públicas em saúde, evidenciado em temas nominadas nas ementas das disciplinas como:

- Teorias Gerais da Administração
- Concepções da gerência no contexto histórico das organizações
- Estrutura e dinâmica organizacional dos serviços de saúde e de Enfermagem
- O sistema de saúde vigente (SUS) e a relação com as instituições de saúde
- Atuação do enfermeiro no SUS, nos diferentes níveis de atenção, no âmbito público, complementar e suplementar
- Gestão na saúde, modelos de gestão em saúde e a rede de serviços de saúde
- Modelos de atenção à saúde e os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde.
- Planejamento em saúde, modelos de planejamento

Os estudos das teorias de administração favorecem a compreensão da estruturação e organização das instituições de saúde, a dinâmica e a cultura organizacional e como influenciam no trabalho da Enfermagem. Entende-se que ao estudar e aprofundar nestes assuntos, o aluno pode reconhecer as teorias que amparam a organização e dinâmica das instituições de saúde e identificar espaços onde aconteça os processos de trabalho da Enfermagem.

Um exercício realizado pelos alunos pode ser a representação e fundamentação teórica da estruturação dos serviços de saúde, de Enfermagem e/ou do SUS, procurando identificar espaços decisórios e políticos que a categoria deva e se faz presente. Ao possibilitar ao aluno perceber a participação do enfermeiro nestes momentos de tomada de decisão ou de negociação o docente proporciona aprendizagem para a formação política e gerencial que segundo estudo de Mello e colaboradores (2017) favorecem práticas pedagógicas reflexivas e possibilitam a conscientização crítica e política do profissional. Pode ser uma prática pedagógica utilizando o mapa conceitual, porque este favorece a identificação de elos convergentes e relacio-

nais, bem como os que necessitam que os profissionais se atentem e os fortaleçam, possibilitando mais espaços à categoria.

A abordagem do SUS nas disciplinas de gerenciamento e gestão em Enfermagem está relacionada a estruturação e organização política, gerencial e assistencial do sistema, principalmente nos princípios da regionalização, hierarquização, descentralização e controle social. Possibilita desenvolver atividades pedagógicas com os temas de modelos de gestão em saúde e de cuidados, articular com as responsabilidades de cada nível da gestão pública do SUS, contextualizando com planejamento em saúde e quiçá com negociação e tomada de decisão. Possibilidades também para reconhecer e compreender a participação e atribuição das instituições de saúde e dos profissionais da saúde.

Destaca-se que a importância do SUS na formação dos enfermeiros está relacionada às premissas nas DCN/ENF (BRASIL, 2001), com a forte atuação das entidades representativas, dos estudos e pesquisas realizadas, bem como por ser o maior empregador da categoria, como aponta Machado (2017) na pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil. Destarte, valorizar em toda a trajetória formativa a compreensão do SUS, como um sistema acessível e inclusivo a todos, com integralidade na atenção à saúde, com participação social. São expectativas gerenciais e políticas que devem ser reforçadas na Educação em Enfermagem, segundo o documento da Diretriz Estratégica para a Enfermagem na Região das Américas da OPAS (2019).

A organização das ações e serviços em Redes de Atenção à Saúde, possibilitam explorar práticas pedagógicas para a formação política e gerencial do enfermeiro. Permitem exercer o cuidado, como propiciam as atividades de coordenação, de planejamento e de acompanhamento da assistência as pessoas ou grupos sociais, como oportunizam reconhecer diferentes práticas gerenciais dos serviços envolvidos na rede. Provavelmente, ao participar o aluno pode acompanhar e reconhecer as negociações e decisões para ofertar uma assistência segura e de qualidade.

Gualdezi e colaboradores (2020) comentam que as temáticas desta categoria são importantes para a educação em Enfermagem por oportunizar práticas pedagógicas significativas e colaborativas que visibilizem e reconheçam a amplitude da atuação do enfermeiro.

Este conjunto de temas, além de possibilitar conhecer, discutir e refletir sobre atribuição e atuação da categoria, favorecem conhecer as ações políticas das entidades representativas da Enfermagem e da saúde. Santos e colegas (2016) reforçam a importância da articulação coletiva das entidades principalmente no âmbito do espaço profissional, das responsabilidades e atribuições em consonância com a lei do exercício profissional, os recursos e condições necessários para prática profissional segura e com qualidade.

A abordagem do financiamento à saúde está contemplada nas disciplinas de administração. O acesso a esta ou outras informações que compõem o setor saúde, favorecem a compreensão das atribuições gerenciais e políticas do trabalho em saúde. E, ao articulá-las com o gerenciamento de recursos, as práticas pedagógicas ficam mais atrativas e quem sabe mais significativas. Ao trabalhar com dados financeiros ressignificados, correlacionar com as práticas da Enfermagem, analisando a produtividade, com os resultados esperados, o docente favorece uma formação mais reflexiva e política por possibilitar uma análise ampla do setor.

Outra atividade formativa – na disciplina e/ou em projetos de extensão em que o aluno acompanhe ou desenvolva ação assistencial e/ou educativa, relacionadas ao SUS, permite vivenciar os recursos políticos, como a comunicação, a negociação e a tomada de decisão. Ao planejar, ao desenvolver o aluno pode exercer a gerência e a participação política. Na atenção primária em saúde, por exemplo, as atividades relacionadas às comissões e conselhos de saúde, que devido a presença de usuários, dos gestores e dos trabalhadores, são espaços propícios para o exercício da negociação e do gerenciamento de conflitos.

Importante a articulação dos temas da categoria, por permitirem ações formativas, teóricas e/ou práticas, potencializam o processo de trabalho da Enfermagem e, ao articular com os conteúdos e práticas pedagógicas relacionados ao gerenciamento e ao participar politicamente, o docente contribui para valorizar espaços e cenários para atuação do enfermeiro.

O docente que atua com o gerenciamento e gestão em Enfermagem tem a sua disposição inúmeras oportunidades de ensinar e praticar o processo de trabalho, podendo serem exercícios teóricos e/ou práticos, mas importante destacar outras possibilidades ao aluno como acompanhar, observar situações vivas da atuação política e / ou gerencial seja dos profissionais. Exemplificando participação em grupos de trabalho, no planejamento em saúde, coordenação ou elaboração de atividades, entre outras.

Outra possibilidade é a presença nas atividades com as entidades representativas da Enfermagem. Santos e pesquisadores (2016) evidenciam que estas participações durante o período de formação oportunizam a compreensão das responsabilidades e atribuições profissionais, permitindo valorizar ações coletivas em prol da categoria e aprender diferentes formas de participação e colaboração junto as entidades. Afinal são elas que nos representam junto as instâncias deliberativas no SUS e da Educação ou outras de interesse da profissão.

CATEGORIA 2 - GERENCIAMENTO E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E EM ENFERMAGEM

Os temas relacionados ao gerenciamento e gestão dos serviços de saúde e de Enfermagem são amplos, e suas práticas pedagógicas são desafiadoras aos docentes porque requerem a formação de uma visão administrativa para que o cuidado aconteça. São atividades anteriores e posteriores ao processo assistencial em saúde, mas que se

não forem apreendidas e aplicadas, influenciarão na assistência e esta pode não ocorrer como o pretendido.

Temas mais identificados e agrupados nesta categoria:

- Estrutura administrativa dos serviços de saúde e de Enfermagem.
- Cultura organizacional
- Gerenciamento dos serviços de saúde e de Enfermagem.
- Processos, manuais e procedimentos operacionais padrão. Protocolos.
- Gerenciamento dos Recursos Físicos e Materiais. Papéis e funções organizacionais de planejamento, de controle, de previsão e de provisão dos recursos materiais e físicos. Custo em Saúde.
- Gerenciamento de Pessoal. Dimensionamento da equipe de Enfermagem. Processo de recrutamento, admissão, avaliação e demissão em instituições de saúde. Educação continuada e permanente
- Gestão da Informação. Sistemas de informação em saúde e Enfermagem. Tecnologias de informação e comunicação,

Acredita-se que estes temas possibilitam práticas pedagógicas de compreensão e reflexão das condições culturais sociais, econômicas educacionais dos usuários, dos trabalhadores, dos serviços de saúde, bem como às modificações da prática social da categoria, que são amparadas pelas legislações pertinentes à Enfermagem, como o Código de Ética, as decisões do sistema Conselho Federal de Enfermagem/ Conselhos Regionais de Enfermagem (COFEN/CORENs). Estes conteúdos concedem oportunidades ao docente de valorizar sua participação política e demonstrar relação entre a teoria e prática, assumindo o papel de integrador, de negociador entre as instituições de educação e o de serviço.

A avaliação e reelaboração de protocolos ou manuais, são vivências sobre a organização dos procedimentos em saúde e que devem

atender as características de cada serviço de saúde. Além de propiciar o reconhecimento da estrutura da organização, possibilitam a prática de tomada de decisão e negociação junto a outros profissionais, colaborando no entendimento do trabalho interdisciplinar e intersetorial. São momentos, também, para que o aluno perceba a relevância de construir uma rede de contatos com possibilidades de troca mútua de oportunidades e benefícios, uma competência política e gerencial a ser ensinada e valorizada.

CATEGORIA 3 -AVALIAÇÃO E CONTROLE DE QUALIDADE

Ao analisar temas, ponderou-se a indigência de nominar os relacionados a qualidade e segurança do paciente por serem práticas nos serviços de saúde não rotineiras, mas influenciadoras e determinadoras no cotidiano do trabalho do enfermeiro. Este é mais um espaço para inserir processos formativos que envolvam o relacionamento, trabalho em equipe, as diferentes modalidades de comunicação, direção, tomada de decisão, bem como habilidades de tecnologia de informação e comunicação.

Destacam-se alguns temas que apoiam e possibilitam práticas pedagógicas para a formação gerencial e política, como prioritários para a garantia de boas práticas na saúde:

- Estudo da gestão da segurança do paciente, com foco na gestão de riscos, protocolos de segurança do paciente
- Conceito, estrutura e sistemas de gestão da qualidade e avaliação em saúde, ferramentas da gestão e da qualidade na saúde, indicadores da qualidade da assistência em saúde.
- Modelos de Acreditação Nacional e Internacional.
- Auditoria

Acredita-se que são temas motivadores para o ensino, e com novos cenários para a prática profissional que podem ser vivenciados pelo alu-

no. A avaliação da assistência à saúde e o processo de trabalho da equipe, podem ser analisados e correlacionados com os indicadores de qualidade e, cabe práticas pedagógicas de planejamento em saúde que podem conduzir a novas propostas ou corroborar as boas práticas identificadas.

No documento Guia curricular de segurança do paciente da OMS (MARRA, SETTE, 2016), os leitores encontraram sugestões de atividades pedagógicas que potencializam o tema, muitas norteadas por vivências práticas e simuladas, como entrevistar o paciente, dramatizar situações para resolução de problemas, organizar *workshops*. O documento também sugere exercícios de acompanhamento e a avaliação do processo de ensino

CATEGORIA 4 - PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

Os temas que apoiam e consolidam o processo de trabalho da Enfermagem, principalmente os recursos políticos e gerenciais, que ao serem acrescentados aos conhecimentos e habilidades prévias do aluno, os pessoais e as da sua trajetória formativa assistencial, potencializam práticas formativas gerencial e política. A aprendizagem significativa reforçada por Moreira (2012) potencializa e desencadeia o ensino com maiores interações entre os diversos conhecimentos. Ao valorizá-las, do docente facilita que o aluno perceba que o conhecimento tem sentido e realize interligações a outros conhecimentos, conformando o futuro profissional que será.

Assim, pode-se valorizar os conhecimentos ou as vivências anteriores do aluno, principalmente as relacionadas ao ensino da assistência de Enfermagem, interagindo com os conteúdos do processo de trabalho gerenciar e participar politicamente, possibilitando ao aluno significá-las com os conhecimentos relacionados à administração e política e consequentemente agregar valor e novas práticas em Enfermagem (Moreira, 2012)

Para um melhor entendimento, os temas estão didaticamente apresentados a seguir:

- Processo de trabalho gerencial, assistencial, pesquisa e educação em Enfermagem.
- Dimensão ética-política do trabalho em Enfermagem e a formação da cidadania
- O planejamento em saúde como instrumento do processo de trabalho gerencial em Enfermagem.
- O papel gerencial do enfermeiro no cuidado em Enfermagem e no trabalho em equipe. Formas de organização evisão do trabalho em saúde e em Enfermagem
- Instrumentos gerenciais e temas correlacionados e sustentadores ao processo de trabalho em Enfermagem: liderança, trabalho em equipe - interdisciplinar e multidisciplinar, tomada de decisão, gerenciamento e negociação de conflitos, supervisão, poder, motivação e comunicação.

Os assuntos relacionados à autonomia e à liderança, alicerces para a formação política, permitem a compreensão e valorização da liberdade para emitir opinião, ideias, e projetos, assim como para conduzir e direcionar as pessoas para as mudanças que sejam necessárias ou para alcançar metas coletivas. Essas são competências profissionais que necessitam atenção dos formadores, porque as práticas pedagógicas requerem planejamento cuidadoso e habilidade de negociação por parte do docente, para que cada etapa atinja o seu propósito. Podem ser exercitadas inicialmente em atividades em sala de aula, com atividades que permitam ao aluno explorar suas facilidades e dificuldades e na sequência, aplicá-las nos serviços de saúde, com os membros da equipe de Enfermagem e usuários.

Uma das características do trabalho em Enfermagem é atuar interdisciplinarmente com os demais profissionais, compartilhando ideias, conhecimentos, práticas de cuidados, entre outras, potencializadas pelo ensino da gerência e da política, reforçado pelos estu-

dos de Mello e colaboradores (2017). Ações pedagógicas, como o intermediar pequenas reuniões para discutir o plano assistencial, colaboram para que todos compreendam a ação de cada um e as possibilidades de cuidados que as pessoas requeiram, além de reconhecer e estabelecer os limites profissionais e o respeito entre todos, possibilitando ao aluno o exercício tanto da escuta como o de dirigir um grupo profissional, uma boa prática pedagógica política.

Outro exercício que potencializa o trabalho em Enfermagem, com ênfase no gerencial e político, é a condução e avaliação da equipe de Enfermagem nas atividades assistenciais e ou educativas, definindo as atribuições de cada um, acompanhando do momento da execução e a seguir, realizando avaliação aberta que permita a exposição da opinião de todos os envolvidos, permitindo ao aluno ressignificar as suas potencialidades e compreender as suas dificuldades e como superá-las (GUALDEZI et al, 2020) Um planejamento prévio e posterior é requerido que Stabler e colegas (2017) evidenciam as atribuições do docente, inicialmente negociando com a equipe da instituição de saúde as possíveis oportunidades formativas aos alunos e, a posterior conduzindo prática pedagógica reflexiva com os envolvidos, com ênfase nas percepções sobre as habilidades e atitudes de todos.

Há muitas possibilidades para o exercício da comunicação nos processos gerencial e político, como na elaboração de um protocolo ou manual. Se o fizer com a equipe, o aluno pode exercer suas habilidades também de negociação e tomada de decisão. O docente ao exercer sua criatividade e inovação pedagógica política interligando diversos temas com as possibilidades formativas que os diversos cenários o permitem.

A comunicação digital deve estar presente nesta trajetória formativa e, ao articular com os recursos tecnológicos podem facilitar e intermediar novas formas de se comunicar (CIEB, 2019) tanto com a equipe ou com o usuário. Uma possibilidade é o teleatendimento em Enfermagem, em que o aluno por ter conhecimento e habilida-

des prévias pode elaborar não apenas as orientações para a assistência, mas também ações educativas e de treinamento em serviço. Estes são alguns recursos de disseminação de informações que devem ser transpostos para conhecimento político-social da profissão.

Os temas nesta categoria possibilitam conviver em diferentes cenários profissionais e sociais, favorecem o relacionamento com enfermeiros e outros profissionais de diferentes níveis hierárquicos dos serviços de saúde, favorecendo ao aluno perceber os modos e maneiras de ouvir e ser ouvido, de participar de negociações e tomadas de decisões. Waddell, Adams e Fawcett (2017) comentam que a expertise do docente de Gerenciamento e gestão em Enfermagem pode promover vivências compartilhadas, gerando ambiente educativo rico em interações e diálogos entre diferentes realidades. Exemplificando, pode ser ensinada a tomada de decisão quando o docente elenca várias informações em torno da situação-problema, explicita fontes e a credibilidade dessas informações, indica como filtrá-las de modo a reunir aquelas significativas para a argumentação clara e objetiva dos motivos de decisão. Essa visão ampliada só é possível quando o docente está inteirado de todo o entorno dos conteúdos de aprendizagem, formando uma rede de intercomunicação com colegas e outras pessoas com a mesma expertise.

Destarte salienta-se que o ensino dos recursos gerenciais e políticos são importantes para a organização do trabalho e influenciam a tomada de decisão, seja para ações em saúde ou outras administrativas nas organizações.

CATEGORIA 5 - TEMÁTICAS DIVERSAS

Nesta categoria considerou-se relevante agrupar os demais temas identificados nas ementas das disciplinas em pelo menos cinco cursos, tais como: empreendedorismo, inovação, criatividade, tendências e novos desafios gerenciais. Estes são assuntos agregadores e potencializadores também ao processo de mudança, que como uma

das finalidades do participar politicamente, sustentam o agir profissional do enfermeiro, alcançando novas atribuições e ações para a categoria.

Assim, destaca-se a organização pedagógica de cada curso e, relacionando-se alguns:

- Cultura empreendedora. Gestão de pessoas com base nas características empreendedoras, criativas e inovadoras.;
- Processo empreendedor: identificação de necessidade e oportunidade; elaboração de planos - de negócio, de marketing e financeiro. Assessoria de marketing.
- Conceito de responsabilidade social nas organizações de saúde.
- Tendências, inovações e desafios para o gerenciamento em Enfermagem em diferentes cenários da prática profissional.
- Novos paradigmas e desafios gerenciais

Importante destacar que estes ou outros temas que propiciem um ensino que ultrapasse as fronteiras do crítico reflexivo, mas que seja também colaborativo e explorativo, urgem serem inseridos, requerendo atualização e mudança nas disciplinas que possuem como meta a formação de líderes, com profissionais empoderados e que apreendam a compartilhar recursos, ideias e projetos originais para resolver problemas e melhorar a prática social da profissão, conforme reforçado nos estudos de Polakiewicz (2013).

A amplitude da formação gerencial e política do enfermeiro permite que os docentes incluam no seu processo de ensinar temas e novas práticas pedagógicas que considerem agregadoras e que propiciem sustentação para uma prática social colaborativa e com novas perspectivas à Enfermagem. Destaca-se a relevância de projetos pedagógicos dinâmicos, constantemente reformulados e adequados à formação profissional atenta às demandas sociais. O espaço universitário é campo fértil para estimular o exercício político, como as reuniões pedagógicas, as instâncias colegiadas e os centros acadêmi-

cos, onde a horizontalidade de posições deve ser exercida, proporcionando a construção social de seus participantes, onde a liberdade de expressão e a autonomia fortalecem a segurança para opinar e participar de decisões políticas (MCKEOWN et al, 2014).

CONTRIBUIÇÕES

A análise permitiu perceber a articulação das disciplinas com as DCN/ENF, SUS e abordagens atualizadas e contemporâneas, necessárias e requeridas para uma educação crítica e reflexiva que contribua na formação de profissionais enfermeiros com atuação política e gerencial.

As ementas das disciplinas possuem em seu escopo fundamentos teóricos e filosóficos das concepções de educação mais participativa, colaborativa, engajada social e politicamente, num viés coerente com o contexto atual de saúde e sociedade.

Importante que o ensino do processo de participação política aconteça ao longo do curso e paulatinamente consolide conteúdos e práticas que serão incorporados no arcabouço profissional.

A Ciência da Enfermagem, com destaque para o Gerenciamento e a Gestão em Enfermagem tem muito a contribuir na formação dos profissionais, relacionada ao propósito do trabalho em saúde nas instituições, ampliando a visão para as muitas possibilidades da atuação e inserção profissional. Outro importante aporte será na formação de futuras lideranças e coordenação de serviços de saúde, garantindo os espaços duramente conquistados pela categoria e almejados por outros profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, Diário Oficial da União, 9 nov. 2001. Seção 1. p. 37

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 4, de 6 de abril de 2009.** Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Diário Oficial da União, nº 66, 07 abr. 2009. Seção 1. p. 27

CENTRO DE INOVAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO BRASILEIRA (CIEB). Notas técnicas #8 - Competências de docentes e multiplicadores para uso de TICs na educação. São Paulo: CIEB, 2019.

GUALDEZI, L.F.; et al. Avaliação de competências no ensino da Enfermagem durante as práticas de campo. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 10, n. e61, p. 1-18, 2020.

KALINOWSKI, C. E. **A formação dos docentes de administração e gerência em Enfermagem para o ensino da participação política (tese).** São Paulo: Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, 2020.

MACHADO, M. H. (coordenadora). **Perfil da Enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil.** Rio de Janeiro: NERHUS/ DAPS/ ENSP/Fiocruz, 2017.

MARRA, V.N.; SETTE, M. de L. (coordenação). **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional.** Rio de Janeiro: Autografia, 2016.

MCKEOWN, M.; et al. Service user involvement in practitioner education: Movement politics and transformative change. **Nurse Education Today**, v. 34, n. 8, p. 1175-8, 2014.

MELO, W.S. de; et al. Guia de atributos da competência política do enfermeiro: estudo metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 552-60, mai-jun, 2017.

MOREIRA, M.A. O que é afinal aprendizagem significativa? **Revista Curriculum, La Laguna**, Espanha, v. 25, p.29-56, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Diretriz Estratégica para a Enfermagem na Região das Américas.** Washington (DC): OPAS, 2019.

POLAKIEWICZ, R.R. Potencialidades e vulnerabilidades do enfermeiro empreendedor: uma revisão integrativa. **Revista Perspectivas Online: Biológicas & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 53-79, 2013.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-4, mar-abr, 2007.

SANTOS, J.F.E.; et al. Importância das organizações civis de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 572-80, mai-jun, 2016.

STAEBLER, S.; et al. Policy and political advocacy: Comparison study of nursing faculty to determine current practices, perceptions, and barriers to teaching health policy. **Journal of Professional Nursing**, v. 33, n. 5, p. 350-5, set-out, 2017

WADDELL, A.; ADAMS, J.M.; FAWCETT, J. Exploring nurse leaders' policy participation within the context of a nursing conceptual framework. **Policy, Politics, & Nursing Practice**, v. 18, n. 4, p. 195-205, nov. 2017.

ISBN 978-65-5368-096-8



9 786553 680968 >

Este livro foi composto pela Editora Bagai.



www.editorabagai.com.br



[@editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)



[/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)



contato@editorabagai.com.br