



CaEPS

Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde

ESCOLAGHC

3

Vol. 3, Nº. 02

Dezembro/2023

@2023 Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Grupo Hospitalar Conceição
Diretoria

Diretor-Presidente:

Gilberto Barichello

Diretora de Inovação, Gestão do Trabalho e Educação:

Quelen Tanize Alves da Silva

Diretor Administrativo e Financeiro:

João Constantino Pavani Motta

Diretor Técnico:

Luís Antônio Benvegna

Gerência de Ensino e Pesquisa

Edenilson Bomfim da Silva

Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde

Editor chefe

Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva

Editores assistentes

Dr. Elisandro Rodrigues

Dr. Rodrigo de Oliveira Azevedo

Conselho Editorial

Dr. Airton Tetelbom Stein - UFCSPA

Dra. Ananyr Porto Fajardo - GHC/FaCS

Dra. Betina Schuler - UNISINOS

Dra. Cristianne Famer Rocha – UFRGS

Dra. Daniele Noal Gai - UFRGS

Ma. Dinara Dornfeld - GHC/CETPS

Dr. Fernando Anschau - GHC/Setor de Pesquisa

Dr. Ivo Dickmann - UNOCHAPECÓ

Dra. Luciane Bisognin Ceretta - UNESC

Dra. Luciane Kopittke - GHC/PPGATSUS

Dra. Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houry - UFMG

Dr. Rafael Wolski de Oliveira - UNISINOS

Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi - UFRGS

Dr. Ricardo de Sousa Soares - UFPB

Edição de Criação

Juliane Meira Winckler

Bibliotecária

Luciane Berto Benedetti

E-ISSN: 2764-2550

DOI: <https://doi.org/10.29327/26976>

revista.ghc.com.br

revista@ghc.com.br



SUMÁRIO



SUMÁRIO

EDITORIAL

Inovação no SUS: níveis, desafios e condições

01 – 04

Rodrigo de Oliveira Azevedo
Daniel Demétrio Faustino-Silva
Elisandro Rodrigues

EDITORIAL CONVIDADO

Inovação Responsável em Saúde

06 – 10

Hudson Pacífico da Silva

ENTREVISTA

Educação e trabalho interprofissional na saúde: uma transgressão necessária

12 – 17

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Daniel Demétrio Faustino-Silva

ARTIGOS

Biossegurança nas práticas de enfermagem e o enfrentamento da COVID-19 em um hospital público brasileiro

19 – 42

Lisiane Nunes Zanini Friedrich
Cristine Maria Warmling

Tratamento de Feridas por Enfermeiros de Equipes de Saúde da Família - Estudo Clínico Piloto

43 – 56

Raquel Farias Rozeno
Daniel Demétrio Faustino-Silva

Construções sociais e saúde das mulheres: O poder do Complexo de Cinderela

57 – 78

Layne Martins Ferraz

Protocolos de triagem avançada e enfermagem de prática avançada: enfrentando a superlotação nos serviços de emergência

79 – 89

Cecilia Biasibetti Soster



Educação para a morte em uma unidade básica de saúde: um relato de experiência

90 – 99

Luciamara das Chagas Coelho
Fabiane Rossi dos Santos

Atuação da preceptoria na residência multiprofissional no ambulatório de dor de um Hospital Universitário: um relato de experiência

100 – 110

Gláucia Cópio Vieira
Anna Paula Campos Sarchis
Maria Priscila Wermelinger Ávila

Proposta de ensino de avaliação técnica de licitações de medicamentos baseada em estilos de aprendizagem

111 – 122

Alice Kappel Roque Munck
Gerusa Cristina de Azevedo Fernandes
Milene Machado Minateli



EDITORIAL





Inovação no SUS: níveis, desafios e condições

Rodrigo de Oliveira Azevedo¹
Daniel Demétrio Faustino-Silva²
Elisandro Rodrigues³

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) é parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O artigo 200, inciso V, da Constituição Federal estabelece as competências do SUS e, dentre elas, inclui o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação (Brasil, 2008). Sendo assim, desde a sua gênese, é uma importante atribuição do SUS promover e incentivar a inovação em saúde. Essa, por sua vez, compreende todo e qualquer novo processo que visa à melhoria da qualidade de vida, bem estar e experiência de usuários e comunidades brasileiras. O universo da inovação na saúde é vasto, podendo contemplar produtos, processos e estruturas, tanto no nível da atenção como na gestão.

Diferentes expectativas e atores envolvem o processo de inovação no campo da saúde. Inovações voltadas para a qualificação da atenção, diagnóstico e tratamento são esperadas por profissionais de saúde. Por outro lado, os usuários trazem uma visão diferente e esperam mudanças no acolhimento, nas condições estruturais, na redução dos tempos de espera e assim por diante. Já o interesse dos prestadores e dos fornecedores é lograr com a inovação melhores desempenhos técnicos e econômicos. Por fim, os gestores almejam inovar para obter cobertura e qualidade satisfatória dos serviços, eficiência, segurança dos pacientes e usuários, melhoria dos indicadores de saúde, dentre outros. O desafio está nessa interação e aproximação entre esses diferentes interesses e expectativas, na capacidade de negociar soluções boas para todos os atores para que a inovação seja implantada e consolidada com responsabilidade social (Organização Pan-americana da Saúde, 2011).

Na Introdução da Portaria do Ministério da Saúde nº 971, de 03 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, registra-se sobre a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986:

¹ Editor assistente Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Licenciado em Educação Física. Doutor em Educação. Técnico em Educação e Assistente de Coordenação da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. Docente do Curso Técnico em Nutrição da Escola Técnica GHC, do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade de Ciências da Saúde do GHC e do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

<https://orcid.org/0000-0002-0734-7061>
<http://lattes.cnpq.br/7560240418281622>
arodrigo@ghc.com.br

² Editor chefe Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia em Saúde Bucal Coletiva. Professor do Mestrado Profissional de Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde.

<https://orcid.org/0000-0001-6876-6537>
<http://lattes.cnpq.br/3497215871361607>
danielsilva@ghc.com.br

³ Editor assistente Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Pedagogo; Doutor em Educação [Unisinos]; Mestre em Saúde Coletiva [UFRGS]; com Residência em Saúde Mental Coletiva pela UFRGS/EduSaúde; Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva [UFRGS]; Especialista em Tecnologias da Informação e da Comunicação Aplicadas à Educação [UFSM]. Orientador de trabalhos de conclusão de curso da Escola GHC (Residência, especializações, cursos técnicos). Técnico em Educação na Escola GHC - Grupo Hospitalar Conceição.

<https://orcid.org/0000-0002-9146-4841>
<http://lattes.cnpq.br/4466204282399825>
relisandro@ghc.com.br

(...) considerada também um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (Brasil, 2006).

Amparados por este e outros exemplos que poderiam ser citados, percebe-se que, desde a sua concepção, o SUS apresenta compromisso com a implementação de novos modos de se ofertar cuidados em saúde ou, em outras palavras, com um conjunto de práticas que, atualmente, são associadas à noção de inovação em saúde.

Este compromisso intrínseco ou imanente do SUS com a inovação em saúde nos possibilita – ou, talvez, exige-nos – destacar que a introdução de novas práticas em saúde, assim como sucede em outras áreas sociais, sobretudo públicas, deve ser pensada a partir dos níveis individual, da organização e do sistema.

- O nível do indivíduo - qualquer indivíduo pode empreender ou iniciar algo inovador. Isso pode envolver somente a si mesmo ou pode ter ramificações mais amplas. Esta lente individual ajuda a dar uma ideia da inovação em nível prático - por exemplo, o que as pessoas precisam fazer ou pelo que elas passam ao empreender a inovação.
- O nível da organização - uma organização pode ter várias iniciativas inovadoras em andamento em resposta a múltiplas necessidades identificadas de abordagens inovadoras. Essa lente organizacional ajuda a fornecer informações sobre inovação em um nível de processo - por exemplo, o que está envolvido ao orquestrar a inovação entre várias pessoas.
- O nível do sistema - em todo o setor público há interações entre múltiplas iniciativas, contribuições e questões de indivíduos e organizações, bem como interseções com outras estruturas, conhecimentos, processos e campos de atividade (por exemplo, o sistema orçamentário). A lente do sistema dá uma visão sobre mais do que apenas iniciativas ou atividades específicas. Ela oferece uma oportunidade de se ver as coisas em conjunto e de se observar o desempenho geral (ou seja, porque haja inovação útil ocorrendo em um nível individual e organizacional, isso não significa que a inovação estará ocorrendo conforme necessário quando vista no nível do sistema todo).

Nesse cenário, Foucault (2008b) relembra que a varíola, no século XVIII, na Europa, foi caracterizada como uma doença endêmica-epidêmica, a qual ajudou a criar as condições de possibilidade para que novas práticas fossem incorporadas à saúde. A emergência da inoculação ou da variolização e da vacinação assinalaram então o nascimento da medicina preventiva.

Em texto intitulado “20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial”, consta:

Crítico da psiquiatria tradicional e da forma como operavam os hospícios, Basaglia revolucionou o tratamento psiquiátrico, desenvolvendo uma abordagem de reinserção territorial e cultural do paciente na comunidade. Isso em vez de isolá-lo num manicômio à base de fortes medicações, vigilância ininterrupta, choques elétricos e camisas de força (Brasil, 2021).



Assim, estes dois exemplos históricos, que produziram importantes efeitos em diversos sistemas de saúde do mundo, alterando a organização e as expectativas que hoje temos dos serviços e das políticas de saúde, permitem-nos conceber que quanto mais amplas são as modificações propostas ou introduzidas por uma inovação em saúde, maiores são igualmente os desafios e as barreiras que as mesmas enfrentam. Em outras palavras, enquanto prática humana, a inovação em saúde possui implicações políticas, isto é, está associada a disputas por poder.

Eis, então, que transcorridos 35 anos desde a criação do SUS, o qual assevera que a saúde é um direito de todos, ainda não se pode afirmar que o acesso aos serviços de saúde esteja atualmente universalizado no Brasil. Em perspectiva semelhante, apesar de todos os ideais do sistema de saúde brasileiro, o modelo biomédico persiste como forma – talvez, predominante – de se prestar serviços de saúde.

Deste modo, uma vez mais fundamentados em Foucault (2008a), porém agora em sua *A Arqueologia do Saber*, lembramos que todo discurso, além de outros elementos, possui um campo associado, ou seja, um conjunto de outros enunciados e saberes que proporcionam estabilidade para que o discurso se apresente tal como o percebemos. Diante disso, finalizamos expressando a compreensão de que a elaboração de políticas institucionais de inovação não poderia deixar de explicitar o nível de inovação almejado pela organização. A partir desse nível de inovação pretendido, decorrerão as estratégias necessárias em conformidade com diversas iniciativas históricas. Mudanças nos sistemas de saúde pressupõem a necessidade de se conceber, por exemplo, estratégias a serem desenvolvidas em outras áreas de atuação, assim como em termos de formação de profissionais, financiamento do sistema e de pesquisas, produção de medicamentos, equipamentos, outros insumos e *etc.*

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 971, de 03 de maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 11 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde*. 2. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf. Acesso em: 20 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. *20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde. 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/>. Acesso em: 11 dez. 2023.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.



FOUCAULT, M. *Segurança, território, população*: curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Ed. Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18458/9788579670664_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 dez. 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

AZEVEDO, Rodrigo de Oliveira; FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio; RODRIGUES, Elisandro. Inovação no SUS: níveis, desafios e condições. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 01-04, 2023.



EDITORIAL

Convidado





Inovação Responsável em Saúde

Hudson Pacífico da Silva¹

As abordagens estabelecidas nas últimas décadas no campo da Ciência, Tecnologia e Inovação (CTI) favorecem o surgimento de tecnologias que muitas vezes não atendem às necessidades mais urgentes de saúde da população, perpetuam as desigualdades existentes e ameaçam a sustentabilidade dos sistemas de saúde em todo o mundo (Lehoux; Roncarolo; Rocha Oliveira; Pacifico Silva, 2016). Isso ocorre porque a dinâmica comercial e financeira estabelecida tende a privilegiar o surgimento de inovações capazes de gerar lucratividade elevada e retorno financeiro imediato, ao mesmo tempo em que limita o surgimento de soluções que poderiam abordar os determinantes sociais da saúde e enfrentar os grandes desafios sistêmicos em termos de prestação de serviços, recursos humanos, governança, infraestrutura e equipamentos (Roncarolo; Boivin; Denis; Hélybert *et al.*, 2017).

Uma abordagem nova e promissora no campo da CTI surgiu ao longo da última década sob o impulso de estudiosos da inovação e formuladores de políticas, particularmente no contexto da comunidade europeia. Essa nova abordagem, conhecida como Pesquisa e Inovação Responsáveis (ou simplesmente Inovação Responsável), busca fomentar o surgimento de inovações que sejam “eticamente aceitáveis, sustentáveis e socialmente desejáveis” (Von Schomberg, 2013) mediante uma “governança coletiva da ciência e da inovação” (Stilgoe; Owen; Macnaghten, 2013). Quatro princípios ou dimensões processuais são enfatizados: antecipação dos riscos, impactos e consequências não planejadas da inovação; reflexão sobre as premissas, os valores e os propósitos que moldam as atividades de inovação; inclusão de um conjunto amplo de atores nos processos e na tomada de decisão; e resposta a circunstâncias, conhecimentos e perspectivas que estão em constante mudança.

Esforços recentes foram feitos para adaptar os princípios da inovação responsável às especificidades do setor saúde. Isso porque os atores do ecossistema de inovação em saúde devem abordar considerações de responsabilidade que são específicas desse setor ao desenvolver novos produtos, serviços e soluções digitais, como o aumento das desigualdades em saúde e a

¹ Pesquisador sênior, Programa de Pesquisa In Fieri sobre Inovação Responsável em Saúde, Centro de Pesquisa em Saúde Pública, Universidade de Montreal. Economista, doutor em Ciências (Medicina Preventiva).
<https://orcid.org/0000-0002-9088-1176>
<http://lattes.cnpq.br/3810091836894017>
hp.silva@umontreal.ca

mobilização de recursos (infraestrutura, recursos humanos) que não são compatíveis com a sustentabilidade financeira e ambiental dos sistemas de saúde. Além disso, as atividades empreendedoras na área da saúde diferem substancialmente de outros setores (p.ex., indústria altamente regulamentada, abordagem baseada em evidências, investimento de longo prazo), o que coloca desafios adicionais para inovadores, empreendedores, investidores e demais atores interessados e afetados pelas inovações em saúde.

Esses esforços de adaptação deram origem à Inovação Responsável em Saúde (IRS), uma linha de pesquisa emergente que objetiva orientar a concepção e o desenvolvimento de inovações capazes de contribuir para tornar os sistemas de saúde mais equitativos, justos e sustentáveis. Definida como “um esforço colaborativo no qual as partes interessadas se comprometem a esclarecer e cumprir um conjunto de princípios, valores e requisitos éticos, econômicos, sociais e ambientais ao desenvolver, financiar, produzir, distribuir, usar e descartar soluções sociotécnicas para atender às necessidades e desafios dos sistemas de saúde de forma sustentável” (Silva; Lehoux; Millher; Denis, 2018), a IRS esclarece *quem* deve estar envolvido em seu desenvolvimento (um conjunto diversificado de atores relevantes), *o que* eles devem fazer (trabalhar juntos para colocar em prática um conjunto de princípios, valores e requisitos), *quando* (ao longo de todo o ciclo de vida da inovação) e *por que* (para responder de forma sustentável às necessidades e desafios dos sistemas de saúde).

Com base na definição acima, os estudiosos da IRS enfatizam que as inovações em saúde devem aumentar a capacidade de atender às necessidades coletivas e enfrentar as desigualdades em saúde (valor para a saúde da população), fornecer uma resposta apropriada aos desafios sistêmicos (valor do sistema de saúde), entregar produtos de alta qualidade a preços acessíveis (valor econômico), proporcionar mais valor à sociedade por meio de modelos de negócio responsáveis (valor organizacional) e reduzir ao máximo o impacto negativo no meio-ambiente (valor ambiental). Cada um desses cinco domínios de valor compreende diferentes características ou atributos de responsabilidade, que devem ser considerados ao longo do ciclo de vida de uma inovação e em virtude do contexto onde os usuários estão localizados (Silva; Lehoux; Miller; Denis, 2018).

Domínios de valor e atributos da Inovação Responsável em Saúde

Valor para a saúde da população:

- **Relevância sanitária:** abordar um problema de saúde importante
- **AELS:** mitigar questões éticas, sociais e legais suscitadas pelo uso da inovação
- **Desigualdades em saúde:** reduzir as desigualdades existentes
- **Agência humana** (*human agency*)*: decidir e agir de acordo com os objetivos de cada um

Valor para o sistema de saúde

- **Inclusividade:** promover processos de desenvolvimento inclusivos
- **Responsividade:** fornecer uma solução dinâmica a uma necessidade do sistema de saúde
- **Nível e intensidade dos cuidados:** reduzir a intensidade do trabalho envolvido nos cuidados



- **Interoperabilidade centrada nos cuidados*:** operar de forma integrada dentro dos e entre os ambientes onde os cuidados são prestados e recebidos

Valor econômico:

- **Frugalidade:** fornecer mais valor a mais pessoas usando menos recursos

Valor organizacional:

- **Modelo de negócio:** fornecer mais valor aos usuários, aos compradores e à sociedade
- **Governança de dados*:** gerenciar dados de forma transparente e responsável

Valor ambiental:

- **Eco-responsabilidade:** reduzir a pegada de carbono ao longo do ciclo de vida da inovação

(*) *Atributos específicos para as soluções digitais em saúde*

Mas em que medida uma determinada inovação em saúde pode ser considerada responsável? Duas ferramentas desenvolvidas recentemente – a Ferramenta de Avaliação da IRS (Silva; Lefebvre; Oliveira; Lehoux, 2020) e a Ferramenta de Avaliação da Responsabilidade das Soluções D/IA (Lehoux; Rocha Oliveira; Rivard; Silva *et al.*, 2023) – permitem responder essa pergunta. Essas ferramentas foram criadas para informar e apoiar as decisões tomadas numa fase inicial por diversos atores do ecossistema de inovação em saúde, mediante o uso de critérios de seleção que permitem identificar rapidamente se uma inovação em saúde pode ser considerada potencialmente responsável e, caso positivo, mensurar seu grau de responsabilidade usando os atributos de responsabilidade indicados no quadro acima.

Embora as duas ferramentas utilizem um processo de avaliação baseado em evidências para examinar a presença de características de responsabilidade com base em atributos, escalas e fontes de informação bem definidas, elas possuem premissas, critérios de seleção e atributos de avaliação diferentes. Essas diferenças estão relacionadas com o tipo de inovação a ser considerada: soluções digitais em saúde (que operam com ou sem inteligência artificial) devem ser avaliadas com a Ferramenta de Avaliação da Responsabilidade das Soluções D/IA, ao passo que os demais tipos de inovação em saúde (p.ex., medicamentos e dispositivos médicos) devem ser examinados com a Ferramenta de Avaliação da IRS.

É importante destacar que essas ferramentas podem ser usadas de duas maneiras distintas, mas complementares. Em primeiro lugar, elas podem ser usadas como ferramentas de avaliação formal, que é a maneira pela qual se determina o grau de responsabilidade de uma inovação. Para isso, elas devem ser aplicadas por pessoas que tenham habilidades de pesquisa e que possam acessar e ler criticamente a literatura científica. A segunda forma de usar as ferramentas é como um guia de orientações



de projeto, pois todos os atributos e escalas de avaliação são descritos de forma bastante objetiva e podem orientar a criação e as decisões de investimento, contribuindo para o desenvolvimento de inovações mais responsáveis.

Na prática, entretanto, é preciso reconhecer que o desejo de desenvolver inovações em saúde mais responsáveis é limitado por questões de viabilidade, pois a operacionalização da IRS implica desafios e *trade-offs* “que afetam o processo de desenvolvimento da inovação, seus produtos e o sucesso de sua comercialização” (Rivard; Lehoux, 2019). Por exemplo, o envolvimento de partes interessadas de diferentes áreas/disciplinas durante todo o processo de desenvolvimento da inovação pode consumir muito tempo e inibir a criatividade; ações corporativas irresponsáveis, como obsolescência programada e não conformidade com as regulamentações existentes, podem limitar a adoção de modelos de negócio oferecem mais valor à sociedade; e preocupações com a eco-responsabilidade (p.ex., produtos criados para serem reutilizados) podem não se adequar às diretrizes que favorecem soluções descartáveis nos estabelecimentos de saúde.

Apesar dessas limitações, existem diversos exemplos reais de soluções que ilustram bem os atributos de responsabilidade destacados pela IRS. Uma organização brasileira sem fins lucrativos que cocriou aparelhos auditivos pediátricos usando baterias recarregáveis alimentadas por energia solar com crianças e jovens adultos com deficiência auditiva é um exemplo que merece ser mencionado (Lehoux; Rivard; Silva, 2022). Os aparelhos foram desenvolvidos pela primeira vez em Botsuana e depois adaptados para o contexto brasileiro. Graças à frugalidade dos seus processos de produção, os desenvolvedores conseguiram criar um produto mais acessível (vendido a 20% do preço de mercado) e menos prejudicial ao meio ambiente (por conta das baterias recarregáveis). Eles também criaram uma oportunidade para que grupos vulneráveis obtivessem rendimentos estáveis, já que a organização emprega pessoas com deficiência auditiva como estratégia para quebrar o ciclo da pobreza no qual muitas crianças com deficiência auditiva nascem e crescem no Brasil.

Em síntese, a IRS busca tornar os sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis e promove atividades empreendedoras que oferecem mais valor à sociedade. No longo prazo, espera-se que os fundamentos e conceitos da IRS, assim como as ferramentas que foram desenvolvidas para avaliar o grau de responsabilidade das inovações em saúde, possam orientar o desenvolvimento de soluções seguras, eficazes e que atendam as necessidades de saúde da população, reduzam as desigualdades e forneçam respostas rápidas aos desafios sistêmicos com produtos acessíveis, de qualidade e mais ecológicos.

REFERÊNCIAS

LEHOUX, P.; RIVARD, L.; SILVA, H. P. *Responsible Innovation in Health: Concepts and Tools for Sustainable Impact*. Singapore: Palgrave Macmillan, 2022. 978-981-19-3150-5.



LEHOUX, P.; ROCHA DE OLIVEIRA, R.; RIVARD, L.; SILVA, H. P. *et al.* A Comprehensive, Valid, and Reliable Tool to Assess the Degree of Responsibility of Digital Health Solutions That Operate With or Without Artificial Intelligence: 3-Phase Mixed Methods Study. *J Med Internet Res*, 25, p. e48496, 2023. Original Paper.

LEHOUX, P.; RONCAROLO, F.; ROCHA OLIVEIRA, R.; PACIFICO SILVA, H. Medical innovation and the sustainability of health systems: A historical perspective on technological change in health. *Health Services Management Research*, 29, n. 4, p. 115-123, 2016.

RIVARD, L.; LEHOUX, P. When desirability and feasibility go hand in hand: innovators' perspectives on what is and is not responsible innovation in health. *Journal of Responsible Innovation*, p. 1-20, 2019.

RONCAROLO, F.; BOIVIN, A.; DENIS, J.-L.; HÉBERT, R. *et al.* What do we know about the needs and challenges of health systems? A scoping review of the international literature. *BMC Health Services Research*, 17, n. 1, p. 636, 2017/09/08 2017.

SILVA, H. P.; LEFEBVRE, A.-A.; OLIVEIRA, R. R.; LEHOUX, P. Fostering Responsible Innovation in Health: An Evidence-Informed Assessment Tool for Innovation Stakeholders. *International Journal of Health Policy and Management*, p. -, 2020.

SILVA, H. P.; LEHOUX, P.; MILLER, F. A.; DENIS, J.-L. Introducing responsible innovation in health: a policy-oriented framework. *Health Research Policy and Systems*, 16, n. 1, p. 90, 2018/09/10 2018.

SILVA, H. P.; LEHOUX, P.; MILLER, F. A.; DENIS, J. L. Introducing responsible innovation in health: a policy-oriented framework. *Health Res Policy Syst*, 16, n. 1, p. 90, Sep 10 2018.

STILGOE, J.; OWEN, R.; MACNAGHTEN, P. Developing a framework for responsible innovation. *Research Policy*, 42, n. 9, p. 1568-1580, 2013.

VON SCHOMBERG, R. A Vision of Responsible Research and Innovation. In: OWEN, R.; BES-SANT, J. R., *et al* (Ed.). *Responsible Innovation: Managing the Responsible Emergence of Science and Innovation in Society*. London: John Wiley, 2013. cap. 3, p. 51-74.

Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Como referenciar este artigo (ABNT):

SILVA, Hudson Pacifico. Inovação Responsável em Saúde. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 06-10, 2023.



Entrevista

The background of the image is composed of several overlapping, wavy, organic shapes in shades of dark green, olive green, and brown. A thin, white, curved line starts near the top left and arcs towards the center, partially overlapping the word 'Entrevista'.



Educação e trabalho interprofissional na saúde: uma transgressão necessária

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi¹
Daniel Demétrio Faustino-Silva²

Nesta entrevista a Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, que é professora na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), traz à luz a temática da educação e do trabalho interprofissional na área da saúde. As reflexões feitas são decorrentes da sua atuação na atividade de ensino Práticas Integradas em Saúde I, cujo objetivo é integrar os cursos da saúde da UFRGS e de pesquisas científicas junto ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional – da Faculdade de Medicina da UFRGS.

O que se entende por trabalho interprofissional na área da saúde e como ele se dá na prática do Sistema Único de Saúde?

A ideia do ‘interprofissional’ deve nos direcionar para o tema do trabalho em equipe. É disso que estamos tratando. A primeira condição para o trabalho em equipe interprofissional é termos duas ou mais profissões com competências complementares no mesmo cenário de saúde, ou seja, é preciso uma constituição multiprofissional para esta equipe. Mas o agrupamento de profissões, por si só, não garante a prática interprofissional. É preciso ir além. Agrega-se, aqui, a necessidade da interação entre os profissionais da equipe, o que pressupõe o compartilhamento, a parceria, a escuta, a fala, a definição de objetivos comuns, o reconhecendo do papel e da importância do outro na complementariedade das ações em saúde e, sobretudo, a disponibilidade para trabalhar-aprender com o outro. Este conjunto de elementos tem potencial para o desenvolvimento de práticas de saúde que sejam expressas pela colaboração entre as diferentes profissões, com a intenção da qualificação de um cuidado integral, seguro, resolutivo e pautado nas necessidades das pessoas-famílias-população. Os usuários e suas necessidades em saúde – e não os profissionais ou os gestores – é que estão na centralidade do trabalho interprofissional.

Entendendo o que é o trabalho interprofissional, vamos pensar agora em como este se estabelece nas práticas de trabalho das equipes no Sistema

¹ Pós-doutora em educação e prática interprofissional pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional – da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre-RS, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4653-5732>
<http://lattes.cnpq.br/1885442160941630>
ramona.fernanda@ufrgs.br

² Editor chefe Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia em Saúde Bucal Coletiva. Professor do Mestrado Profissional de Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde.
<https://orcid.org/0000-0001-6876-6537>
<http://lattes.cnpq.br/3497215871361607>
danielsilva@ghc.com.br

Único de Saúde (SUS).

O debate sobre o trabalho em equipe, no Brasil, não é novo. A integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde estão representados na essência da construção do SUS. Por outro lado, a complexidade e a dinamicidade das necessidades das pessoas-famílias-comunidade se apresentam como desafios para este tempo, exigindo a atuação em rede colaborativa e resolutiva do SUS, a qual inclui profissionais, gestores, pessoas-famílias-comunidade.

Professora Marina Peduzzi, pesquisadora brasileira com contribuições significativas para o tema do trabalho em equipe e da interprofissionalidade, nos presenteou (entre muitos textos valerosos) com o artigo publicado na revista *Interface*, em 2016, cujo título é ‘O SUS é interprofissional’. Dentre as possibilidades de dialogarmos com o texto, destaco a de que SUS “é interprofissional, construído e consolidado como espaço de atenção à saúde, educação profissional, gestão e controle social, orientado pelos princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação” (p. 200).

Falando pela minha experiência, como cirurgiã-dentista trabalhadora do SUS que atuou em equipe na Atenção Básica e, neste momento, como docente e pesquisadora de atividade de integração ensino-serviço-comunidade de base interprofissional, vejo que a perspectiva do trabalho em equipe interprofissional e colaborativo, embrica-se ao cotidiano do trabalho, especialmente na Estratégia de Saúde da Família. E a integração do ensino de graduação a práticas no SUS, junto às equipes e profissionais preceptores, promoveram e promovem melhorias no processo de educação dos profissionais da saúde, de modo específico, no período dos estágios curriculares.

Mas será que só é possível aprender sobre o trabalho em equipe, sendo parte desta equipe, ou estando nos estágios, no final do curso de graduação? Acredito que não. Mas para que este aprendizado seja possível, é imprescindível incluir a atuação em equipe interprofissional com uma das competências do profissional da saúde, que deve estar presente ao longo da formação de modo transversal e crescente, a partir da graduação. Quando falamos de competências, nos referimos à capacidade de agir do educando, o qual deve mobilizar conhecimentos, habilidades e as atitudes para o ‘saber fazer’ em uma equipe de saúde.

Como a educação se relaciona com o trabalho interprofissional?

Para podermos trabalhar juntos, precisamos aprender juntos, para que possamos atingir o objetivo de melhorar os resultados em saúde.

A aprendizagem compartilhada e interativa entre e sobre duas ou mais profissões (sejam estudantes ou profissionais formados), com a finalidade de melhorar o trabalho colaborativo em equipe e a qualidade da atenção à saúde é o que conceituamos como educação interprofissional.

Evidências científicas nos mostram que experiências curriculares de educação interprofissional, que já aconteçam na graduação, permitem maior conhecimento, disponibilidade e atitudes positivas dos estudantes para o trabalho em equipe marcado por práticas colaborativas. E é esta



prática que tem potencial para qualificar ações e resultados em saúde, centradas nas necessidades das pessoas-famílias-comunidade.

Da mesma forma, quando estas experiências de integração não acontecem e os currículos são estruturados exclusivamente por núcleos/saberes profissionais, há uma tendência de que cada profissão aprenda e atue isoladamente, mesmo se integrar uma equipe de saúde no seu futuro profissional. É o que Julio Frenk e colaboradores, em relatório apresentado na revista *The Lancet*, em 2010, sobre a formação de profissionais da saúde para o novo século, chamaram de ‘tribalismos das profissões’. O professor Marcelo Viana da Costa, pesquisador brasileiro de referência para o tema da interprofissionalidade, em artigo publicado no *Journal of Interprofessional Care*, em 2014, chamava a atenção para o fato de o Brasil ser um país sem histórico com a educação interprofissional. Em 2022, Marcelo nos traz um novo texto apresentando as lições aprendidas a partir de uma experiência brasileira de educação interprofissional. Avançamos! E não podemos deixar de mencionar as Residências Multiprofissionais em Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ambas propostas que buscam a transformação das práticas do trabalho em saúde, como dispositivos de aprendizado compartilhado que promovem o trabalho interprofissional.

O que deve nos preocupar, como educadores e trabalhadores da saúde, é perceber que a intencionalidade do aprendizado para o trabalho colaborativo em equipe e as bases teóricas da interprofissionalidade não estão presentes nos espaços educativos, cabendo ao educando o seu reconhecimento. A educação precisa acompanhar as necessidades do trabalho e o trabalho as da formação. E as atividades de educação na saúde, realizadas em cenários de prática do SUS, acredito que sejam as que tragam aprendizagens que marcam a vida pessoal-profissional destes estudantes e despertem para a colaboração no trabalho. É um movimento educação-trabalho que implica na formação de docentes e de profissionais do SUS para atuarem como facilitadores da interação entre profissões, buscando agregar à formação, além das competências específicas e comuns aos profissionais da saúde, o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe. Como exemplos destas competências, podemos citar a comunicação interprofissional, o conhecimento do papel profissional, a atenção à saúde centrada no paciente-família-comunidade e a resolução de conflitos, como estruturantes da interprofissionalidade.

A valorização da educação interprofissional faz parte de uma demanda que vem da experiência do trabalho em saúde, de ter uma força de trabalho apta à colaboração na atuação em equipe.

Quais são as potencialidades e desafios para a efetivação de uma prática interprofissional na saúde?

O SUS, como cenário privilegiado para o aprendizado e desenvolvimento do trabalho, envolvendo estudantes e trabalhadores de diferentes profissões da saúde, gestores e usuários dos serviços, é a maior potência do país para efetivar práticas interprofissionais colaborativas.



Os textos atualizados das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde no país, contemplando o atuar em equipe, de forma interprofissional na atenção à saúde, e o exercer posições de liderança e proatividade promovendo o bem-estar do trabalho em equipe interprofissional, reforçam a inclusão da educação interprofissional nos currículos da saúde.

Temos, ainda, iniciativas de atividades de educação interprofissional na graduação em saúde em diferentes Instituições de Ensino Superior do país, grupos de pesquisa, cursos de pós-graduação – especialmente, residências multiprofissionais e mestrados profissionais – que merecem destaque no fortalecimento de práticas tanto na educação como no trabalho interprofissional. Em 2018, o edital da nona edição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) – com foco na interprofissionalidade –, foi outro exemplo da relevância do tema para as políticas de saúde do país. E uma potência muito importante que temos no Brasil é a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS), que busca ampliar e fortalecer discussões em torno dos princípios da educação e do trabalho interprofissional. O principal evento da ReBETIS é o Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional (CIETIS). Neste ano de 2023, em abril, o 6º CIETIS foi realizado no formato on-line, tendo como tema ‘A centralidade do usuário para sustentabilidade da interprofissionalidade na formação e no trabalho em saúde’.

Se as potências emergem, também nos cabe apontar os desafios, que não são poucos. Nas Instituições de Ensino Superior, currículos essencialmente uniprofissionais e fragmentados, sem atividades de educação interprofissional ou, quando estão presentes, apresentadas como componentes curriculares não obrigatórios, oferecendo vagas restritas para os cursos da saúde, são barreiras institucionais observadas. Outro desafio, como já mencionado, trata da formação docente. Se pretendemos o interprofissional, temos a exigência da qualificação permanente dos docentes para estratégias pedagógicas interativas, que estimulem práticas colaborativas entre os estudantes de diferentes cursos da saúde.

No SUS, profissões não representadas nos serviços de saúde, mudanças na Política Nacional de Atenção Básica e na gestão de pessoas e processos de trabalho das equipes de Atenção Básica em municípios brasileiros, com maior fragilidades nos vínculos de trabalho e no conhecimento do território e das famílias, corporificam desafios para a consolidação da prática interprofissional e merecem nossa atenção e ação.

Por fim, que avanços ainda são necessários na educação interprofissional no campo da saúde?

Permita-me pensar nos avanços que ainda são esperados, em duas perspectivas – a da educação na saúde (formação) e a das pesquisas. Na educação, é preciso estabelecer o que já constituímos nos currículos dos cursos da saúde, revisitar as conquistas, identificar barreiras e novos desafios. A partir deste reconhecimento, precisamos avançar na oferta de atividades de ensino interprofissionais em diferentes momentos da formação e não restritas ao caráter eletivo, optativo ou opcional. Vejo,



ainda, a possibilidade da integração de experiências de educação interprofissional na graduação, pós-graduação e na educação permanente das equipes e a necessidade da garantia de espaços que oportunizem o desenvolvimento da formação docente para atividades com foco interprofissional.

Nas pesquisas, precisamos incluir os usuários como participantes dos estudos, analisando os benefícios do trabalho interprofissional sobre as práticas de cuidado em saúde, além da realização de estudos com abordagens metodológicas mistas e que possam comparar grupos de educandos expostos a diferentes intervenções educacionais em distintos espaços de aprendizagem.

Práticas colaborativas interprofissionais na educação e no trabalho em saúde, assim como na docência, são propostas contra-hegemônicas, que transgridem a lógica da fragmentação do cuidado e do atuar isoladamente nas profissões da saúde, seja nos serviços de saúde ou nas Instituições de Ensino Superior. Como nos ensinou Bell Hooks, inspirada nas ideias de Paulo Freire, precisamos estimular o ensino-aprendizado-trabalho que permita as transgressões.

Fica o convite para compartilharmos as leituras.

REFERÊNCIAS

COSTA, M. V. Interprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. *Journal of interprofessional care*, Abingdon, v. 28, n. 4, p. 379-380, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/31090/1/InterprofessionalEducationReforming_Costa_2014.pdf. Acesso em: 7 dez. 2023.

COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu, Online)*, Botucatu, v. 20, n. 56, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ccKCY4chZCtb8pj9vQw8hcy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2023.

COSTA, M. V. *et al.* Interprofessional education: lessons learned from a Brazilian experience. *Medical education*, Oxford, v. 56, n. 8, p. 864, Aug. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/medu.14835>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35614557/>. Acesso em: 7 dez. 2023.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Disponível em: https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4626403/Ed_HealthProfCommisionp5_40.PDF. Acesso em: 7 dez. 2023.

HOOKS, B. *Ensinando a transgredir: a educação como prática de liberdade*. São Paulo: ME-DIAAfashion: Folha de São Paulo, 2021.

NEVES, M.; TOASSI, R. F. C. Integrated health practices: Scenarios for interprofessional experiences in the Brazilian health system. *Journal of dental education*, Washington, v. 86, p. 855-857, 2022. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1002/jdd.12857>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jdd.12857>. Acesso em: 7 dez. 2023.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/marco-para-acao-em-educacao-inter-profissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view>. Acesso em: 6 dez. 2023.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1-20, 2020. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 dez. 2023.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu, Online)*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622015.0383. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ic-se/a/7MgQL4JM9dRYFDLYYzQVLHM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 dez. 2023.

REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*, London, v. 38, n. 7, p. 656-668, May 2016. DOI: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2016.1173663>. Acesso em: 7 dez. 2023.

TOASSI, R. F. C. (Org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos*. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>. Acesso em: 7 dez. 2023.

Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Como referenciar este artigo (ABNT):

TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti; FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio. Educação e trabalho interprofissional na saúde: uma transgressão necessária. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 12-17, 2023.



ARTIGOS





Biossegurança nas práticas de enfermagem e o enfrentamento da COVID-19 em um hospital público brasileiro

Biosafety in nursing practices and coping with COVID-19 in a Brazilian public hospital

Bioseguridad en las prácticas de enfermería y el enfrentamiento a la COVID-19 en un hospital público brasileño

Lisiane Nunes Zanini Friedrich¹
Cristine Maria Warmling²

¹ Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeira assistencial do setor de emergência do Grupo Hospitalar Conceição.

<https://orcid.org/0000-0003-4092-0920>
<http://lattes.cnpq.br/2196557268324220>
lisitani@yahoo.com.br

² Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente Permanente Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<https://orcid.org/0000-0003-2259-4199>
<http://lattes.cnpq.br/1429585311563331>
crismwarm@gmail.com

RESUMO

A pandemia da COVID-19 obrigou a implantação de novos protocolos de biossegurança especialmente em ambientes hospitalares. O objetivo do estudo foi analisar processos de biossegurança adotados no trabalho por enfermeiras(os) para o enfrentamento da Pandemia da COVID-19 em um Hospital público brasileiro. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, no formato de *websurvey*, com abordagem predominantemente quantitativa. Participaram da pesquisa, realizada entre janeiro e abril de 2021, 70 enfermeiras(os) que atuaram durante o início da pandemia da COVID-19. Aprovado pelo CEP da instituição sob parecer nº 4.186.249. O questionário *on-line* foi autoaplicável e os eixos que compuseram as perguntas: 1) Perfil sociodemográfico de formação e trabalho; 2) Medidas de biossegurança, proteção e vigilância; e 3) Acesso às informações. A caracterização dos participantes demonstra que 90% são do sexo feminino; 98% relataram utilizar a máscara cirúrgica; 61,4% usaram protetor facial; 52,9% afirmaram ter recebido orientações sobre as medidas a serem tomadas durante a pandemia; 55,71% sentiam-se sempre preparadas para atender casos de COVID-19; 45,71% tinham acessado a Nota técnica nº 4 da ANVISA. O estudo apontou que 31,42% e 27,14% das enfermeiras(os) afirmaram, respectivamente, que nunca ou raramente receberam apoio direcionado à sua saúde mental enquanto atuavam na linha de frente.

Palavras-chave: biossegurança; COVID-19; enfermagem; pandemia.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic forced the implementation of new biosafety protocols, especially in hospital environments. The study aimed to analyze biosafety processes adopted at work by nurses to cope with the COVID-19 Pandemic in a Brazilian public hospital. This is an exploratory descriptive study, in the format of *websurvey*, with a predominantly quantitative approach. Seventy nurses who worked during the beginning of the COVID-19 pandemic participated in the research conducted between January and April 2021. The institution's Research Ethics Committee approved it under opinion No. 4,186,249. The online questionnaire was self-administered, and the axes that composed the questions were: 1) Sociodemographic profile of training and work; 2) Biosafety, protection, and surveillance measures; and 3) Access to information. The characterization of the participants shows that 90% are female; 98% reported using the surgical mask; 61.4% wore face shield; 52.9% said they had received guidance on the measures to be taken during the pandemic; 55.71% always felt prepared to address COVID-19 cases; 45.71% had accessed ANVISA Technical Note No. 4. The study pointed out that 31.42% and 27.14% of nurses stated, respectively, that they never or rarely received support directed to their mental health while working on the frontline.

Keywords: biosafety; COVID-19; nursing; pandemic.

RESUMEN

La pandemia de la COVID-19 obligó a implementar nuevos protocolos de bioseguridad, en especial en ambientes hospitalarios. El objetivo del estudio fue analizar los procesos de bioseguridad adoptados en el trabajo por enfermeros para hacer frente a la pandemia de la COVID-19 en un hospital público brasileño. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio, en formato de encuesta web, con un enfoque predominantemente cuantitativo. En el estudio, realizado entre enero y abril de 2021, participaron 70 enfermeros que trabajaron durante el inicio de la pandemia de la COVID-19. Aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP, por sus siglas en portugués) de la institución a través del dictamen n.º 4.186.249. El cuestionario en línea fue autoadministrado y los ejes sobre los que se elaboraron las preguntas fueron: 1) Perfil sociodemográfico de graduación y trabajo; 2) Medidas de bioseguridad, protección y vigilancia; y 3) Acceso a la información. La caracterización de los participantes muestra que el 90 % son de sexo femenino, el 98 % refirió utilizar mascarilla quirúrgica, el 61,4 % utilizó máscara de protección facial, el 52,9 % afirmó haber recibido orientación sobre las medidas a tomar durante la pandemia, el 55,71 % se sintió siempre preparado para atender los casos de COVID-19 y el 45,71 % había tenido acceso a la Nota Técnica n.º 4 de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil (ANVISA). El estudio indicó que el 31,42 % de las enfermeras y el 27,14 % de los enfermeros afirmaron que nunca o rara vez recibieron apoyo orientado a su salud mental mientras trabajaron en la primera línea.

Palabras clave: bioseguridad; COVID-19; enfermería; pandemia.

INTRODUÇÃO

A questão central apresentada ao mundo com o advento da pandemia da COVID-19 foi que, em pleno século XXI, com todas as tecnologias e inovações existentes, a humanidade vivenciou uma crise de saúde global, que demandou atitudes articuladas das sociedades e do Estados, em particular, no sentido da conscientização dos coletivos para a adoção de medidas de distanciamento e isolamento social, as quais impactam nas esferas humana, econômica e cultural (Colman *et al.*, 2019; Croda; Garcia, 2020). Por exemplo, no país, a crise sanitária proveniente da pandemia agravou outras crises, que já se encontravam em curso nos campos político, social e econômico (Teodósio; Leandro, 2020). Em nível global, até novembro de 2021, houve mais de cinco milhões de mortes. No Brasil, até essa data, ocorreram 609 mil óbitos (OMS, 2021).

No transcorrer da pandemia, até o início de 2022, destacaram-se três surtos epidemiológicos de mortalidade pela COVID-19, os quais afetaram sobremaneira a população brasileira. Vivenciando-se, nesse nível governamental, desresponsabilização de implantação de diretrizes e descentralização dessas definições para municípios e estados, causando diferenças loco-regionais nas respostas à pandemia (Lui *et al.*, 2021).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) definiu medidas de biossegurança direcionadas a serviços e trabalhadores envolvidos no cuidado. Em março de 2020, publicou a Nota Técnica número quatro, posteriormente atualizada com várias novas versões, que instituiu normas restritivas, cancelamento de cirurgias eletivas e recomendações a serem implementadas no sentido de reter a disseminação do vírus (Brasil, 2020b). As Notas Técnicas da ANVISA configuraram-se como medidas técnicas protetivas centrais para evitar o alastramento da pandemia e manter a saúde dos trabalhadores, trazendo orientações sobre proteção individual, distanciamento social e testagem de casos suspeitos (Leite *et al.*, 2021).

Nesse contexto, o uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) tornou-se de



extrema importância para evitar a contaminação, sobretudo, a partir do surgimento das cepas *Delta* e *Ômicron*. Os protocolos prescreviam que os trabalhadores, cujo serviço era feito a menos de um metro das pessoas suspeitas ou portadoras da COVID-19, deviam utilizar óculos de proteção ou protetor facial, luvas de procedimento, avental, gorro e máscara cirúrgica (Brasil, 2020a). Em paralelo a isso, os serviços de saúde precisaram adotar ações de controle na disseminação do SARS-CoV-2 em seus ambientes, por exemplo: adequações estruturais; fluxos operacionais e clínicos, monitoramento dos profissionais, realização de treinamentos contínuos, estimulação constante da higienização das mãos, manutenção dos locais de trabalho com limpeza e redução das jornadas de trabalho (Teixeira *et al.*, 2020).

Os novos protocolos de biossegurança direcionados para a orientação de posturas corretas no enfrentamento da COVID-19 exigiram que a gestão dos serviços oferecesse aos trabalhadores processos específicos e de confiança para o acesso às informações atualizadas e, nesse âmbito, ferramentas virtuais com recomendações foram empregadas. Diante do fenômeno atual das redes sociais como propagadoras das notícias falsas (*fake news*), o planejamento e desenvolvimento de atividades de educação voltadas aos trabalhadores da saúde tornou-se peça-chave no controle da pandemia (Brasil, 2021).

Diante de tantos desafios, as jornadas dos trabalhadores tornaram-se extenuantes e longas, permeadas pelo medo constante da morte, pela privação do convívio familiar e social e pela supressão de direitos – adicionais salariais e até mesmo férias (Pochmann, 2020). Em diversos momentos, médicos, enfermeiros e técnicos foram obrigados a lidar com a falta de EPIs, de infraestrutura e de condições de serviço adequadas, tensões que prejudicam a saúde mental (Machado, 2022).

Frente ao exposto, o objetivo principal do estudo foi analisar processos de biossegurança adotados no trabalho por enfermeiras(os) para o enfrentamento da COVID-19 em um Hospital público brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com a aplicação de um questionário (instrumento) *online*, hospedado na plataforma virtual *Google Forms*, composto por 41 questões fechadas e 3 questões abertas, no período entre janeiro e abril de 2021. A amostra caracterizou-se como não probabilística ou de conveniência (Fontana, 2018; Lakatos; Marconi, 2010).

O cenário escolhido para o desenvolvimento do estudo é um Hospital público de direito privado, sediado em Porto Alegre (RS) e vinculado ao Ministério da Saúde. Por compor uma rede ampla de saúde e de ensino, constitui-se em referência estratégica ao Sistema Único de Saúde (SUS) e situou-se, durante a pandemia da COVID-19, como referência no atendimento de casos suspeitos e confirmados no Estado do Rio Grande do Sul.

Os critérios de elegibilidade para participar da investigação foram definidos como: 1) possuir o



grau de habilitação de enfermeiro e 2) atuar na assistência de usuários na linha de frente da COVID-19 no período do estudo. Dentre as(os) 203 enfermeiras(os) elegíveis, 70 aceitaram participar do estudo, conforme Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Número de enfermeiras(os) convidadas(os) que estavam atuando na linha de frente da COVID-19 nos cenários do estudo durante a pandemia e número de enfermeiras (os) que participaram do estudo

Sector Hospitalar	Número de Enfermeiras(os)	Enfermeiras(os) participantes
Unidade de Tratamento Intensivo	100	28
Emergência	45	18
Unidade de Pronto Atendimento	24	5
Central de Triagem	4	4
Unidade de Internação	10	9
Outros setores	20	6
TOTAL	203	70

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

As perguntas fechadas do questionário *online* foram organizadas com respostas em escala *Likert*, nas quais o participante dizia seu grau de concordância ou discordância sobre algo, escolhendo um ponto numa escala com sete gradações (1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não sei ou 9 – Não se aplica) (Likert, 1932). As categorias de análise que compuseram as perguntas foram organizadas em três eixos temáticos que se objetivava investigar: 1) Perfil sociodemográfico da formação e do trabalho; 2) Medidas de biossegurança, proteção e vigilância; e 3) Acesso às informações. A categoria número dois fundamentou-se na Nota Técnica número 4 da ANVISA (Brasil, 2020b).

O questionário foi submetido a um estudo piloto com a disponibilização também de modo *online* para 13 enfermeiras(os), sendo 10 de hospitais de Porto Alegre e três da Atenção Primária à Saúde de um município similar ao do estudo. Os resultados do estudo piloto nortearam a adequação do instrumento na versão final.

Para a divulgação do questionário, inicialmente, foram contatadas as coordenações dos serviços para a aprovação dos protocolos da pesquisa e a divulgação da coleta de dados. A disponibilização do questionário *online* ocorreu pelos meios de comunicação oficiais dos serviços, *e-mail* institucional e *WhatsApp*, a fim de atingir as(os) enfermeiras(os) trabalhadores do cenário em estudo.

As informações quantitativas foram organizadas em planilhas no programa *Microsoft Office Excel* 2016 e para as análises foi utilizado o programa *SPSS* versão 28.0. Os dados foram examinados por meio da estatística descritiva, na qual a distribuição de frequência absoluta é apresentada em



percentuais simples.

As qualitativas ocorreram por meio da análise de conteúdo, seguindo procedimentos sistematizados (pré-análise, estudo exploratório, análise e interpretação das informações coletadas) para codificação, busca de sentido, conhecimento e realização de inferências (Bardin, 2011). Na discussão, as análises qualitativas se integraram às quantitativas com o objetivo de aprofundar e aumentar a compreensão dos dados. A análise final e interpretação dos dados, foram realizadas por meio de formulações inferenciais e abordagens críticas das investigações, estabelecendo um sentido e uma unidade teórica.

O trabalho foi submetido na plataforma Brasil e recebeu Parecer Consubstanciado de aprovação (nº 4.186.249) do Comitê de Ética na Pesquisa do hospital cenário do estudo. Os participantes foram esclarecidos e orientados, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) inserido no questionário *online*, só participando da pesquisa após o consentimento firmado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos participantes do estudado caracterizou-se por 90% de mulheres, com 58,57% na faixa etária entre 40 e 59 anos. O tempo de formação de 47% dos participantes do estudo apresentou-se como com mais de 15 anos. O estudo ainda demonstrou que, 61,43% deles possuíam título de especialização (Tabela 1).

Em relação a faixa de tempo de duração do vínculo com o local de trabalho no Grupo hospitalar variou, de modo equilibrado, mas com a maior parte dos participantes com vínculo superior a 5 anos (Tabela 1). Quanto ao local de atuação, notou-se que 40% trabalhavam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e 25,71% na Emergência (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, de formação e de trabalho das enfermeiras(os) participantes do estudo realizado entre janeiro e abril de 2021

Variáveis	N	(%)
Gênero	70	100
Feminino	63	90%
Masculino	6	8,57%
Binário	1	1,43%
Faixa etária IBGE	70	100
25-39 anos	28	40%
40-59 anos	41	58,57%
60 anos ou mais	1	1,43%
Nível de Escolaridade	70	100
Bacharelado em Enfermagem	8	11,42%
Especialização	43	61,43%
Residência	6	8,57%



Variáveis	N	(%)
Gênero	70	100
Mestrado	12	17,14%
Doutorado	1	1,43%
Tempo de formação	70	100
1-3 anos	3	4,29%
4-10 anos	12	17,14%
11-15 anos	22	31,43%
Mais de 15 anos	33	47,14%
Tempo de atuação no local onde trabalha hoje	70	100
Menos de 1 ano	10	14,29%
De 2 a 5 anos	9	12,86%
De 6 a 10 anos	18	25,71%
De 11 a 15 anos	15	21,43%
Mais de 15 anos	18	25,71%
Local onde trabalha atualmente	70	100
Emergência	18	25,71%
Unidade de Pronto Atendimento	5	7,15%
Central de Triagem	4	5,71%
Unidade de Internação	9	12,85%
Unidade de Terapia Intensiva	28	40%
Outro	6	8,58%

Fonte: elaborada pelas autoras (2023).

Ao serem indagados sobre as condições de saúde, verificou-se que 71,43% dos participantes relataram não possuírem comorbidades. No entanto, 11,42% afirmaram dispor de problemas respiratórios (Tabela 2).

Tabela 2 – Características de saúde das enfermeiras(os) participantes do estudo, realizado entre janeiro e abril de 2021

Variáveis	n	(%)
Você positivou para COVID-19?	70	100
Sim	17	24,28%
Não	49	70%
Inconclusivo	1	1,43%
Não testei	3	4,29%
Você relaciona sua contaminação com seu ambiente de trabalho?	70	100
Sim	13	18,58%
Não	4	5,7%



Não sei	5	7,14%
Outro	48	68,58%
Grupo de Risco *	70	100
Não possui	50	71,43%
Idade maior que 60 anos	2	2,86%
Diabetes Descompensada	2	2,86%
Hipertensão Descompensada	5	7,14%
Problema Respiratório	8	11,42%
Obesidade com IMC acima 40	2	2,86%
Gestante	1	1,43%

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

*A categoria grupo de risco, as respostas apresentam-se com mais de uma alternativa.

Em relação às medidas de vigilância, adotadas durante o acolhimento aos pacientes, observou-se que 65,71% dos trabalhadores disseram questionar sempre o usuário sobre a presença de sintomas respiratórios (Tabela 3).

Quanto aos alertas visuais de etiqueta respiratória e higiene de mãos, 51,42% das participantes responderam que a instituição aderiu sempre, e 20% na maioria das vezes, a implementação de alertas de orientações aos pacientes (Tabela 3)

Tabela 3 – Respostas das enfermeiras(os) participantes do estudo a respeito dos temas de acolhimento e orientação do usuário sobre a COVID-19, entre janeiro e abril de 2021

Vigilância no acolhimento ao usuário	Nunca (n.) (%)	Raramente (n.) (%)	Às vezes (n.) (%)	Maioria das vezes (n.) (%)	Sempre (n.) (%)	Não sei (n.) (%)	Não se aplica (n.) (%)	Total (n.) / (%)
Os usuários são questionados se possuem sintomas de infecção respiratória	1(1,43)	0	4(5,71)	11(15,71)	46(65,71)	3(4,29)	5(7,14)	70/100
Classificação de risco para à COVID-19 na triagem de usuários	10(14,2)	1(1,43)	3(4,29)	8(11,42)	33(47,14)	6(8,57)	9(12,85)	70/100



Alertas na entrada do serviço sobre higiene de mãos e etiqueta da tosse.	6(8,57)	1(1,43)	5(7,14)	14(20,00)	36(51,42)	4(5,71)	4(5,71)	70/100
Isolamento de usuários com sintomas de infecção respiratória	1(1,43)	2(2,85)	2(2,85)	13(18,57)	39(55,71)	8(11,42)	5(7,14)	70/100
Fornecimento de máscara cirúrgica aos usuários suspeitos	0	0	4(5,71)	7(10,00)	55(78,57)	1(1,43)	3(4,29)	70/100

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Das (os) 70 enfermeiras(os) participantes da pesquisa, 55,71% alegaram que os pacientes eram sempre isolados logo na chegada ao serviço, e 78,57% divulgaram que sempre houve o fornecimento de máscara aos usuários com sintoma gripal (Tabela 3).

No que se refere às normas de biossegurança adotadas, 87,1% das(os) participantes afirmam que realizaram sempre a higiene das mãos e 50% relataram que seguiram a sequência de passos indicados para a paramentação e desparamentação dos EPIs no atendimento aos pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19 (Tabela 4).

Tabela 4 – Respostas das enfermeiras(os) participantes do estudo sobre medidas de biossegurança adotadas, entre janeiro e abril de 2021

Vigilância no acolhimento do usuário	Nunca (n.) (%)	Raramente (n.) (%)	Às vezes (n.) (%)	Maioria das vezes (n.) (%)	Sempre (n.) (%)	Não sei (n.) (%)	Não se aplica (n.) (%)	Total (n.) / (%)
Existe protocolo sobre reutilização, pelo mesmo profissional, da máscara N95	5(7,14)	2(2,85)	8(11,42)	13(18,57)	42(60)	0	5(7,14)	70/100
Realizo frequentemente a higiene de mãos	0	0	1(1,43)	8(11,42)	61(87,1)	0	0	70/100

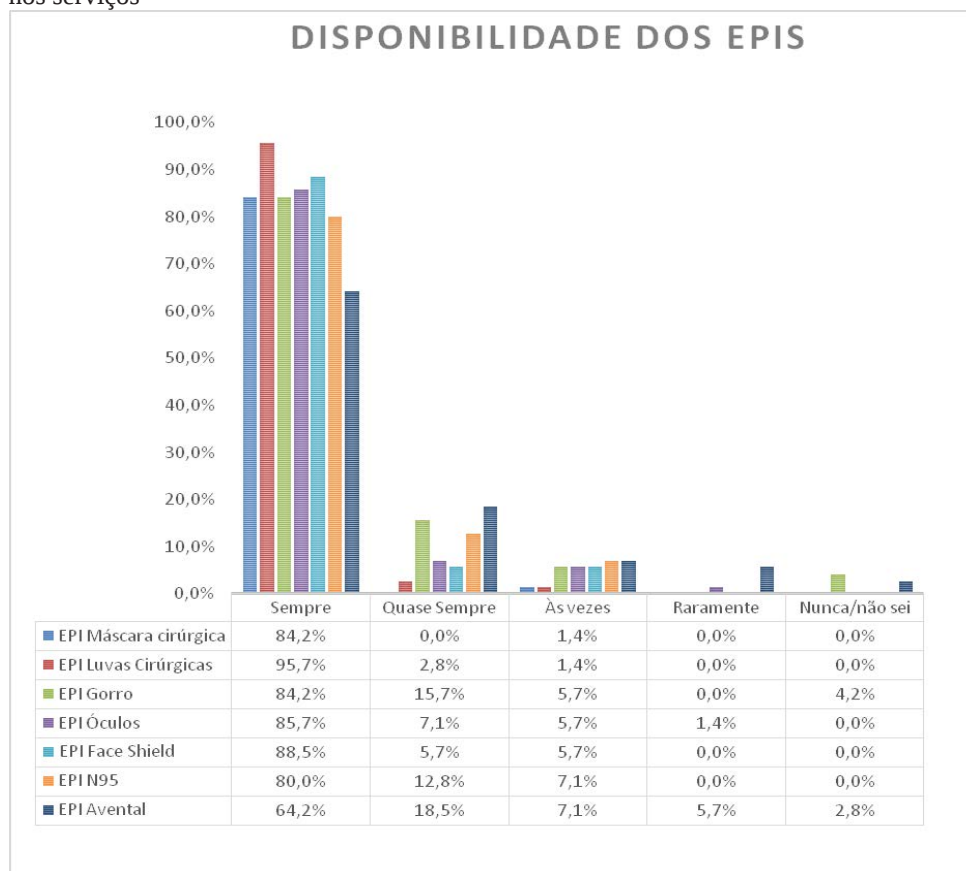


Vigilância no acolhimento do usuário	Nunca (n.) (%)	Raramente (n.) (%)	Às vezes (n.) (%)	Maioria das vezes (n.) (%)	Sempre (n.) (%)	Não sei (n.) (%)	Não se aplica (n.) (%)	Total (n.) / (%)
Sigo a sequência de passos indicados para a paramentação e desparamentação	1(1,43)	1(1,43)	4(5,71)	27(38,57)	35(50,0)	2(2,85)	1(1,43)	70/100

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

As Figuras 1 e 2 apresentam resultados investigados sobre a disponibilidade e uso de EPIs, respectivamente. Quanto à disponibilidade dos EPIs, as luvas cirúrgicas apareceram declaradas como o EPI mais disponível, com uma acessibilidade de 95,7%, seguida do *face shield*, com 88,5%. Em contrapartida, o EPI com menor disponibilidade foi o avental, com 64,2% das respostas das entrevistadas (Figura 1). Figura 1 – Respostas das enfermeiras(os) participantes do estudo quando questionadas sobre a disponibilidade de EPIs nos serviços.

Figura 1 – Respostas das enfermeiras(os) participantes do estudo quando questionadas sobre a disponibilidade de EPIs nos serviços

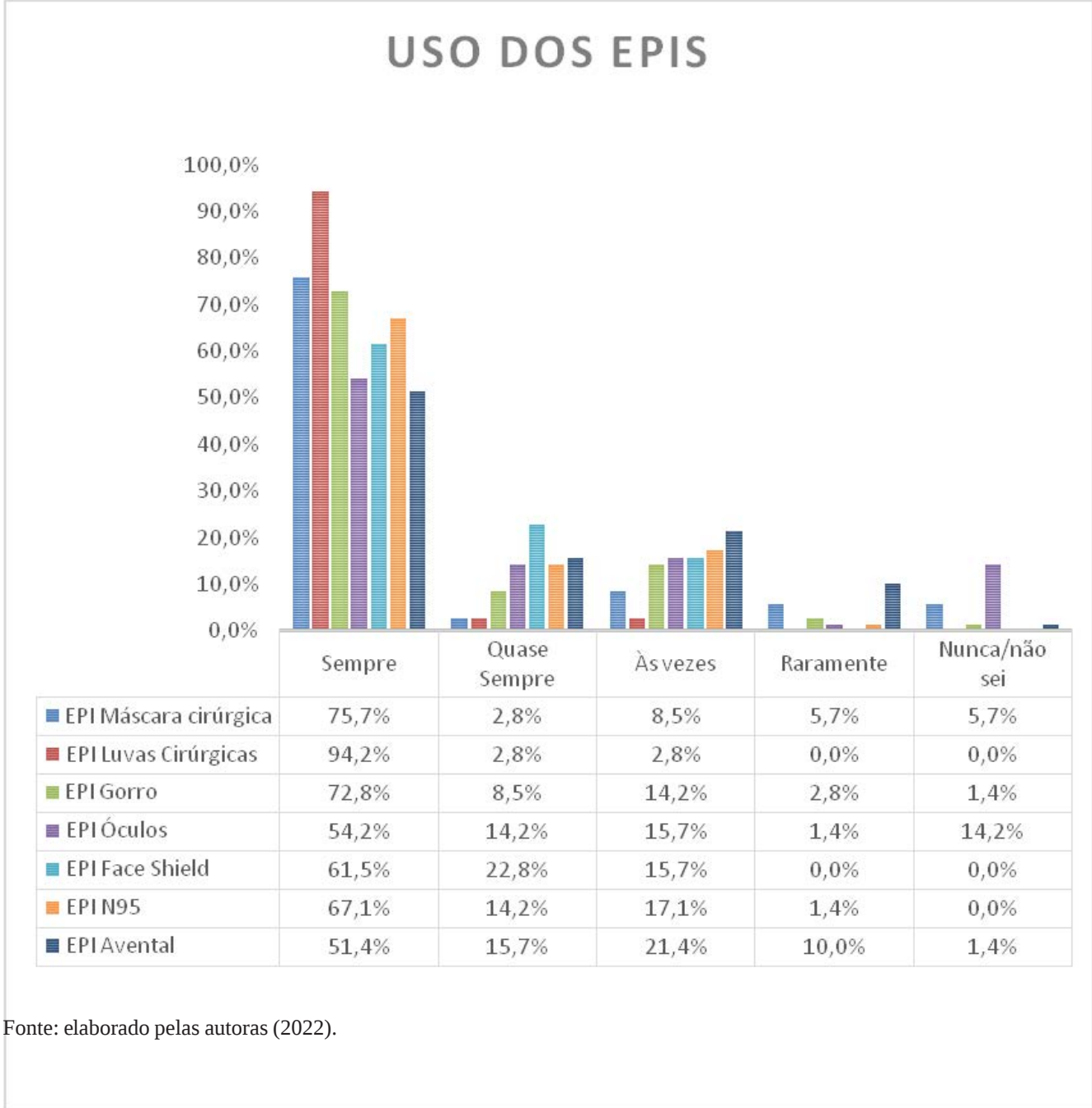


Fonte: elaborado pelas autoras (2022).



Com base nas respostas das participantes, em relação à utilização dos EPIs, a luva cirúrgica apareceu como o EPI mais utilizado, com 94,2% das trabalhadoras relatando usar sempre, seguida da máscara cirúrgica com 75,7% de respostas. Porém, o avental destacou-se como o EPI com menor índice de utilização referido, com 51,4% das respostas das participantes (Figura 2).

Figura 2 – Respostas das enfermeiras(os) participantes do estudo quando questionadas sobre o uso de EPIs nos serviços



Fonte: elaborado pelas autoras (2022).

Comparando a Figura 1, que verificou a disponibilidade, com a Figura 2, que mediu o uso, percebe-se que os índices de uso são inferiores em todos os itens comparados aos referidos para a



disponibilidade.

Averigua-se que 52,85% das participantes relataram que sempre receberam orientações sobre as medidas necessárias a serem tomadas durante a pandemia e 55,71% responderam que se sentiam sempre preparadas para atuar com usuários portadores da COVID-19. Porém, quando se refere à capacidade de aplicar os conhecimentos recebidos nas capacitações, as respostas não são tão positivas, pois 50% afirmaram que, na maioria das vezes, sentiam-se inseguras. Chamou a atenção o fato de que, no início da pandemia, 35% das participantes alegaram nunca ter recebido capacitação para a coleta de material para testagem da COVID-19 com exame de PCR (Tabela 5).

Tabela 5 – Respostas das enfermeiras(os) participantes do estudo com relação aos temas educação permanente, entre janeiro e abril de 2021, em Porto Alegre/RS

Variáveis	Nunca (n.) (%)	Raramente (n.) (%)	Às vezes (n.) (%)	Maioria das vezes (n.) (%)	Sempre (n.) (%)	Não sei (n.) (%)	Não se aplica (n.) (%)	Total (n.) / (%)
Recebi orientações sobre medidas a serem tomadas durante a pandemia	0	1 (1,43)	8 (11,42)	24 (34,28)	37 (52,85)	0	0	70/100
Os conhecimentos adquiridos com as capacitações me permitiram aplicar	3 (4,28)	0	2 (2,85)	35 (50)	30 (42,85)	0	0	70/100
Me sinto preparado para atender os casos suspeitos e/ou confirmados	0	1 (1,43)	3 (4,28)	27 (38,57)	39 (55,71)	0	0	70/100
Recebi capacitação sobre a coleta de PCR	25 (35,71)	11 (15,71)	3 (4,28)	8 (11,42)	15 (21,42)	1 (1,43)	7 (10)	70/100

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

No tocante às questões de saúde mental, 31,42% e 27,14% relataram, respectivamente, que nunca ou raramente receberam apoio e 38,57% confessaram sentirem-se ansiosas para trabalhar (Tabela 6).



Tabela 6 – Respostas das enfermeiras(os) participantes do estudo sobre sentimentos frente à Pandemia, entre janeiro e abril de 2021, em Porto Alegre/RS

Prática Profissional e Pandemia	Nunca (n.) (%)	Raramente (n.) (%)	Às vezes (n.) (%)	Maioria das vezes (n.) (%)	Sempre (n.) (%)	Não sei (n.) (%)	Não se aplica (n.) (%)	Total (n.) / (%)
Mudanças no processo de trabalho em conformidade com diretrizes dos órgãos de saúde	0	1 (1,43)	8 (11,42)	40 (57,14)	21 (30)	0	0	70/100
Revezamento de equipes no atendimento dos pacientes da COVID-19	17 (24,28)	10 (14,28)	5 (7,14)	12 (17,14)	19 (27,14)	3 (4,28)	4(5,71)	70/100
Uso de ferramentas digitais na prática clínica	21 (30)	12 (17,14)	8 (11,42)	8 (11,42)	8(11,42)	9(12,85)	4(5,71)	70/100
Me sinto ansioso e preocupado para trabalhar durante a pandemia	7(10)	13(18,57)	27(38,57)	12(17,14)	11(15,71)	0	0	70/100
Ação de apoio à saúde mental do trabalhador	22(31,42)	19(27,14)	13(18,57)	2(2,85)	6(8,57)	7(10)	1(1,43)	70/100

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Com relação ao acesso a normas e recomendações durante a pandemia, os protocolos mais acessados foram aqueles sugeridos pelo próprio Hospital público cenário do estudo. Das participantes, 70% afirmaram que obtiveram informações junto à própria instituição de trabalho (Tabela 7).

Tabela 7 – Respostas das enfermeiras(os) participantes do estudo sobre acesso a normas e recomendações durante a pandemia de COVID-19, entre janeiro e abril de 2021, em Porto Alegre/RS

Acesso a normas e recomendações durante a pandemia de COVID-19	(n.) / (%) 70 / 100
Nota Técnica ANVISA Nº 04/2020	32 / 45,71%



Cartilha Conselho Federal Enfermagem	12 / 17,14%
Recomendações do Conselho Regional de Enfermagem do seu estado	19 / 27,14%
Recomendações da Secretaria Municipal	7 / 10%
Recomendações do Ministério da Saúde	17 / 24,29%
Recomendações do serviço que você atua	49 / 70%
Não tive acesso a esses documentos	0

Fonte: elaborado pelas autoras (2021)

A respeito da modalidade atividades educativas realizadas, 38,57% referem o uso das modalidades à distância e presencial *in loco* (Tabela 8).

Tabela 8 – Respostas das enfermeiras(os) participantes do estudo sobre a modalidade das atividades de educação realizadas entre janeiro e abril de 2021

As atividades que recebi foram na modalidade	(n.) / (%) 70 / 100
EAD	19 / 27,14%
Presencial	21 / 30%
EAD e Presencial	27 / 38,57%
Não participei	3 / 4,28%
Total	70 / 100%

Fonte: elaborado pelas autoras (2021)

A valorização do trabalho da enfermagem e a COVID-19

O perfil sociodemográfico dos participantes do estudo caracterizou-se por possuir 90% de enfermeiras (os) mulheres, corroborando com a caracterização histórica da enfermagem como uma área de atuação composta majoritariamente por mulheres. Desde o surgimento da profissão, com as precursoras Florence Nightingale na Europa, e Anna Nery no Brasil, até hoje, elas compõem a maior parte da força de trabalho. Fato corroborado pelas pesquisas do COFEN, que evidenciam que 85% dos profissionais são do sexo feminino (Conselho Federal de Enfermagem, 2023).

Em um panorama histórico, esse dado relaciona-se com a atribuição tradicionalmente imposta às mulheres como responsáveis pelo trabalho do cuidado. Há séculos vistas como responsáveis únicas por tomarem conta dos filhos e da casa e assim também deveriam zelar pelos outros. Nesse sentido, é possível afirmar que:

[...] a Enfermagem nasce como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras. Coexiste com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos,



associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher. [...] A marca das ordens religiosas impõe à Enfermagem, por longo período, seu exercício institucional exclusivo e ou majoritariamente feminino e caritativo (Lopes; Leal, 2005, p. 109).

Durante a pandemia, o protagonismo das enfermeiras (os) no cuidado em saúde tornou-se ainda mais evidente, mas não se reverteu em melhorias das condições de trabalho e de vida. (Rosa, 2021).

A observação das Tabelas 1 e 2 possibilita a inferência de que 55% das enfermeiras (os) possuíam experiência superior a 10 anos de prática. Em relação ao tempo de atividade no local de trabalho atual, 52,86% atuavam como enfermeira entre 6 e 10 anos no hospital público em estudo. Um tempo de formação e inserção que pode se considerar que se trata de um coletivo de trabalhadores com um tempo médio de experiências no serviço.

Destaca-se que o SUS, instituição que abriga o hospital cenário da pesquisa, nas políticas de educação, é indicado como local ideal para o desenvolvimento de experiências de integração aos processos de formação, pois permite que o profissional, atue como promotor da saúde integral em suas diferentes dimensões: atenção, gestão, educação, pesquisa e política (Presotto; Ferreira; Contim; Simões, 2014). Para a garantia da qualidade no processo de formação e atuação assistencial, preconizam-se vivências e imersões nos serviços de saúde do SUS, com a atuação precoce dos acadêmicos de enfermagem em cenários realísticos no processo de ensino e aprendizagem (Ferreira; Dantas; Valente, 2018; Ximenes Neto, 2019).

Dados da pesquisa demonstram que 40% das participantes do estudo trabalhavam na UTI hospitalar e 25,71% na Emergência, setores com taxas expressivas de contaminação e de afastamentos. Conforme informações do hospital público pesquisado, do início da pandemia até abril de 2022, a UTI caracterizou-se como o segundo setor com maior taxa de casos positivos, sendo 350 eventos confirmados, seguido pela Emergência, com 302 confirmados. O referido hospital também contabilizou a contaminação de 449 enfermeiros, com idades entre 31 e 40 anos, 76% do sexo feminino.

O risco de contaminação pela COVID-19 dos profissionais de saúde foi uma das vulnerabilidades dos sistemas de saúde em todo o mundo (Santos *et al.*, 2020). As enfermeiras(os) que trabalharam na assistência direta aos usuários infectados estiveram ainda mais expostas a esses riscos de contaminação por COVID-19 (Machado *et al.*, 2022). Os profissionais da enfermagem registraram número considerável de casos nas estatísticas de contaminação (em torno de 48% do total de profissionais de saúde contaminados em fevereiro de 2021 no Brasil) (Boschiero *et al.*, 2021).

Diante dessa realidade, no decorrer da pandemia, o COFEN se movimentou para garantir, de modo judicial, a aplicabilidade da Medida Provisória 927/2020, garantindo o afastamento dos profissionais integrantes do grupo de risco. Essa medida foi primordial, pois visou garantir a proteção dos profissionais de saúde e um ambiente de trabalho seguro (Black *et al.*, 2020). No caso do cenário



do estudo, os trabalhadores puderam escolher entre serem realocados de setor ou assinarem o termo de responsabilidade, optando pela permanência nos locais em que havia atendimentos a pacientes suspeitos de contágio. O estudo revela que 71,43% das participantes não possuíam comorbidades, apenas 11,42% relataram problemas respiratórios que poderiam levar a solicitação de afastamento.

Além do risco de contaminação, os profissionais tiveram que lidar com a sobrecarga de trabalho e com a escassez de EPIs. Os relatos das enfermeiras(os) colhidos nas perguntas abertas do questionário a respeito das dificuldades encontradas no enfrentamento a COVID-19 demonstraram essa realidade:

“Aumento da carga horária de trabalho devido a afastamentos dos profissionais” (Enf. 1);

“Falta de protocolo específico e orientações divergentes” (Enf. 10);

“Número de funcionários reduzidos, mesmo com aumento do quadro de profissionais” (Enf. 51)

Os surtos de transmissão e agravamento da COVID-19 deixaram os serviços de saúde sobrecarregados e as enfermeiras(os) apresentaram sofrimento mental, sofrendo com depressão, insônia e medo de se infectar ou transmitir a infecção aos seus familiares (Soares *et al.*, 2022). Relatos das participantes do estudo estão nessa direção e comprovam esse cenário:

“Me sinto ansiosa, tensa e com medo. Medo do desconhecido. Para mim é como se fosse uma roleta russa. Medo de perder família e amigos. A falta desses também tem afetado a minha saúde mental” (Enf. 1);

“Senti falta de suporte psicológico por parte da instituição” (Enf. 24);

“Me sinto preocupada, principalmente em levar o vírus para dentro da minha casa e para meus familiares” (Enf. 46).

Diante do quadro de estresse apresentado pelos trabalhadores na pandemia, a Tabela 6 apontou que 31,42% e 27,14% das enfermeiras (os) afirmaram, respectivamente, que nunca ou raramente receberam apoio direcionado à sua saúde mental enquanto atuavam na linha de frente. O sistema de saúde brasileiro vem sentindo a precarização do trabalho na saúde e a categoria de enfermagem não é diferente (Backes *et al.*, 2021). Um dos resultados desse processo é o intenso sofrimento psíquico dos trabalhadores que vivenciam este contexto diariamente. Nessa perspectiva, verificam-se trabalhadores com risco elevado para desenvolvimento de alterações de comportamento e doenças mentais (Lai *et al.*, 2020).

Durante a pandemia, isso se intensificou ainda mais, tendo sido registrados números elevados de profissionais de saúde com *burnout*, depressão, ansiedade, entre outras enfermidades que atingiram



a saúde mental destes profissionais. A gestão dos serviços não pode restringir as preocupações de disponibilidade de EPIs ou de capacitações técnicas para os trabalhadores, mas oferecer acesso ao apoio psicossocial, o que surtirá efeito na qualidade do cuidado ao usuário (Barroso *et al.*, 2020).

Em virtude da pandemia, 2020 foi considerado o ano da Enfermagem. A OMS, em conjunto com o Conselho Internacional de Enfermeiros, lançou a campanha *NursingNow Brasil*, que visava melhorar a saúde e elevar o *status* da Enfermagem em todo o mundo (World Health Organization, 2020). No Brasil, essa campanha foi liderada pelo COFEN e pelo Centro Colaborador da Organização Pan-Americana da Saúde.

Vale frisar que os planos de contingência e de enfrentamento ao Coronavírus dos Estados e das instituições de saúde delimitaram, de modo claro, os procedimentos, as normas e os padrões a serem seguidos, mas se privilegiou “o cuidado a quem cuida”, desconsiderando o adoecimento (biopsicossocial) dos milhões de profissionais da enfermagem.

Medidas de vigilância e biossegurança no enfrentamento da COVID-19

A biossegurança designa um campo de conhecimento e um conjunto de práticas e ações técnicas, com preocupações sociais e ambientais, destinadas a conhecer e controlar os riscos que o trabalho pode oferecer ao ambiente e à vida. Ela impõe desafios tanto para os serviços quanto para as equipes de saúde (Almeida; Albuquerque, 2000; Lessa, 2014). Ademais, é um processo funcional e operacional de importância capital nos diferentes serviços de saúde, devendo ser considerada como um mecanismo de proteção para o paciente e para os atores envolvidos nos cuidados de saúde (Brasil, 2020c).

Ações do sistema de vigilância sanitária do SUS permitiram, durante a pandemia, o fortalecimento de articulações intra e intersetoriais e promoveram recomendações sobre os processos de trabalho (Soares *et al.*, 2022). A ANVISA desenvolveu normas técnicas definindo protocolos e orientações, incluindo uma série de recomendações referentes a ações de biossegurança dos trabalhadores, que reforçaram a pertinência da proteção respiratória (Jackson Filho *et al.*, 2020).

Com isso, na análise da Tabela 3, que investigou como as enfermeiras (os) atuavam com protocolos de vigilância e controle da COVID-19, verifica-se índices razoáveis de medidas de vigilância, tais como, que 65% das participantes relataram realizar no acolhimento do usuário a investigação sobre a presença de sintomas respiratórios, assim como 51,42% das participantes afirmaram que o hospital organizou alertas de orientações sobre a COVID-19, preocupando-se com ações de orientação dos usuários. O acolhimento dos usuários com suspeita de contaminação pela COVID-19 e a classificação de risco decorreram de diretrizes para definição de casos e tratamentos no SUS, sendo fundamentais para o fortalecimento da atuação da rede de atenção à saúde no enfrentamento do cenário atual de emergência da saúde (Alberigi, 2021).

Apesar da ansiedade e do medo constante de adoecer, a Tabela 2 demonstrou que somente 24,28%



das profissionais positivaram para COVID-19 durante a coleta de dados, um indicador que parece pequeno diante dos dados oficiais em relação ao período de aplicação do questionário, coincidindo com um surto pandêmico. Dados do hospital apontam que, em abril de 2021, 93 funcionários estavam afastados e, em janeiro de 2022, o número chegou a 843. No período de abril de 2020 a abril de 2022, o hospital registrou 449 casos positivos para COVID-19 de enfermeiras (os). Segundo relatório do COFEN e da Fundação Oswaldo Cruz, em março de 2022, o Brasil registrou 62.838 profissionais de enfermagem positivados. Ao todo, até julho/2022, 872 trabalhadores de saúde morreram em meio ao combate à pandemia do novo coronavírus, sendo 26 do Rio Grande do Sul (Conselho Federal de Enfermagem, 2021).

Sobre o tema de disponibilidade e uso de EPIs, no estudo, observou-se, na Tabela 4, que em 60% das respostas, os participantes referiram sempre seguir protocolos de reuso profissional da N95, conforme orientação da nota técnica. Das participantes, 50% referiram que seguiam as sequências de desparamentação. A desparamentação foi considerada o momento de maior criticidade relacionada à contaminação entre os profissionais da saúde. Foram elaborados pelos órgãos nacionais, como COFEN e ANVISA, manuais com orientações para a correta colocação e retirada dos EPIs (Bernardes *et al.*, 2021), com o objetivo de nortear as profissionais e minimizar o risco de contaminação e afastamentos pelo contágio do vírus (Soares *et al.*, 2022).

O processo de reduzir os riscos de infecção entre os profissionais de saúde está diretamente atrelado a fatores relacionados com a disponibilidade e o uso de equipamentos de proteção individual, organização estrutural na retirada adequada de EPIs, a higienização das mãos e a disponibilização de máscaras para os pacientes sintomáticos durante o atendimento, somados a etiqueta respiratória e ao distanciamento social (Chersich *et al.*, 2020).

A disponibilização de EPIs em quantidade suficiente pode não garantir a proteção aos profissionais de saúde, uma vez que o uso adequado depende de treinamentos efetivos das equipes assistenciais (Silva *et al.*, 2022). Algumas falas das profissionais participantes do estudo mostram a dificuldade diante da escassez de EPIs:

“Dificuldade para obtenção e máscaras N95, apenas 1 por semana, e a não inclusão do banco de sangue nos protocolos de atendimento, aos pacientes COVID” (Enf. 15);

“Tivemos dificuldade com quantitativo de máscaras...” (Enf. 27);

“Tivemos problemas para liberação do uso de EPIs nas áreas não COVID no início da pandemia com exposição desnecessária de profissionais” (Enf. 37);

Nesse contexto, é imprescindível que os profissionais de saúde, em especial os que atuam na linha de frente à COVID-19, devem seguir de forma rigorosa e inflexível os protocolos e medidas de proteção estabelecidos com o intuito de reduzir o risco de contaminação, visto que o contato com o



paciente, é inevitável (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

Os profissionais trabalharam na assistência, no gerenciamento, na organização e na formalização de protocolos e normativas específicas para seus setores, mesmo com os percalços. O enfrentamento da COVID-19, em boa parte, foi vitorioso graças a eles.

Ressalta-se, portanto, a importância de um olhar humanizado e atencioso para a saúde do trabalhador da saúde por parte das instituições de trabalho, assim como, medidas centradas em mudanças na organização do trabalho, com o objetivo de promover o bem-estar e evitar o adoecimento desse trabalhador (Kessler; Krug, 2012, p. 55).

Os desafios da qualificação de profissionais em tempos de pandemia

A análise da Tabela 8 permite a conclusão de que houve um intenso treinamento sobre o tema COVID durante a pandemia, com uma taxa de 95,71% das participantes afirmando que teve acesso a algum tipo de atividade de capacitação, seja *online* ou presencial. Porém, independente desses índices altos, muitos profissionais sentiram-se inseguros para lidar com os pacientes, haja vista que era a primeira vez que muitos deles enfrentavam algo do tipo. Para exemplificar, a Tabela 7 indica que 70% das enfermeiras (os) receberam acesso a protocolos de orientações durante a pandemia e seguiram as recomendações do serviço em que atuam, amparado pela Nota Técnica nº 4/2020 da ANVISA. A tabela 5 demonstra que 55,71% das entrevistadas sentiram-se preparadas para atenderem os casos suspeitos e/ou confirmados do vírus. Porém, a Tabela 6 revela que 15,71% sentiam-se ansiosas ao colocar tais orientações em prática.

O afastamento, o isolamento social e a crise sanitária desestruturaram os métodos regulares presenciais de ensino, destacando o papel das pedagogias e tecnologias de informação e de comunicação (Pasini; Carvalho; Almeida, 2020). Assim, as enfermeiras (os) participantes conectaram-se a novas formas de qualificação, acessando diversas plataformas virtuais – denominadas Ensino Remoto Emergencial – e lidando com os desafios que as mesmas traziam consigo. Elas, então, tornaram-se protagonistas do processo de ensino, isto é, vivenciaram a metodologia problematizadora, utilizando suas experiências, ou as dos colegas, para conquistarem novos saberes. Conforme Palmeira, Silva e Ribeiro (2020), a metodologia ativa é uma concepção educativa que estimula processos construtivos de ação-reflexão-ação, em que o estudante tem uma postura ativa em relação ao seu aprendizado numa situação prática de experiências, por meio de problemas que lhe sejam desafiantes e lhe permitam descobrir soluções aplicáveis à realidade (Palmeira; Silva; Ribeiro, 2020).

Cabe salientar que a realização das atividades pedagógicas não presenciais não se caracteriza pela mera substituição das aulas presenciais e sim pelo uso de práticas mediadas, ou não, por tecnologias digitais que possibilitem o desenvolvimento de habilidades passíveis de serem alcançadas através destas práticas (Conselho Nacional de Educação, 2020).

Nessa perspectiva, diante da situação pandêmica, o hospital em estudo, preocupado com o fornecimento de cuidados adequados para a saúde dos usuários, procurou fornecer capacitações a fim de qualificar as(os) profissionais nas atividades realizadas. Desenvolveu o Plano de Contingência



próprio e ampliou o número de funcionários – o que foi feito por meio de processo seletivo temporário específico para COVID-19. A Tabela 6 evidencia nas respostas das participantes ao questionário *online* que 27,14% das profissionais referem que sempre houve revezamento das equipes e, na maioria das vezes (57,14%), ocorreram mudanças no processo de trabalho em conformidade com as diretrizes dos órgãos de saúde. as equipes e transmitir conhecimentos suficientes para a escolha segura dos EPIs e garantido a biossegurança.

Por fim, o pensar em educação – ensinar para a saúde – em tempos de COVID-19, passa a ser indispensável, pois remete a um agir responsável, a um agir cooperativo, que rompe com parâmetros normalmente aceitos, de pensar programas educacionais ou de capacitação pautados em generalizações que descontextualizam conteúdos, centralizam no indivíduo e distanciam teoria da prática (Albuquerque, 2020).

Nas palavras de Pasini, Carvalho e Almeida (2020, p. 8),

Após a pandemia possivelmente haverá um maior hibridismo da educação presencial com o EAD, pois cada vez mais os professores estarão preparados para o distanciamento, tendo a possibilidade factível de novas doenças coletivas futuras. Essa probabilidade nunca mais será descartada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou os processos de biossegurança adotados e a importância no desenvolvimento das ações profissionais desenvolvidas por enfermeiras(os) de um Hospital público brasileiro durante o momento pandêmico da COVID-19.

Demonstrou que, além da exposição constante de contaminação, as(os) enfermeiras(os) tiveram que lidar com a sobrecarga de trabalho, a escassez de EPIs e, sobretudo, o aumento da depressão, insônia e medo de se infectar ou transmitir a infecção aos familiares.

Quanto aos processos de qualificação profissional, constatou-se que foram organizados treinamentos virtuais e presenciais *in loco* referentes ao uso adequado de EPIs e ações relacionadas aos cuidados dos pacientes com sintomas gripais. Mas, há necessidade de se ampliação do uso de metodologias educativas que permitam maior aplicabilidade em situações como as vivenciadas pelo estudo.

Dentre as limitações do estudo, pode-se apontar a coleta de dados pela internet, que apresentou restrições importantes quanto à sua população e número de participantes, que ao se apresentar em número reduzido, permite considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão.

REFERÊNCIAS

ALBERIGI, E. C. C. *et al.* O acolhimento humanizado como estratégia de enfrentamento da pandemia de COVID-19. In: CONGRESSO INTERNACIONAL EMSAÚDE,



8., 2021, Ijuí. *Resumos [...]*. Ijuí: Unijuí, 2021. p. 1-2. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19449>.

Acesso em: 5 jun. 2022.

ALBUQUERQUE, P. P. de. Ensino na saúde em tempos de COVID-19: uma relação necessária. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 11-21, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/215051/001117938.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 5 jun. 2022.

BACKES, M. T. S. *et al.* Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da COVID-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 42, n. esp., p. 1-8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>.

Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/8m9tKBNXw8tWKyZjyPxmh4K/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 jun. 2022.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROSO, I. L. *et al.* A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 1093-1102, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2091>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/7K494CxFTXtTtLsynkyJnjF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2022.

BERNARDES, G. C. S. *et al.* Desparamentação em tempos de COVID-19. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 88-93, 2021. DOI: <http://doi.org/10.47626/1679-4435-2021-605>. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v19n1a12.pdf>.

Acesso em: 5 jun. 2022.

BLACK, J. R. M. *et al.* COVID-19: the case for health-care worker screening to prevent hospital transmission. *Lancet*, Minneapolis, v. 395, n. 10234, p. 1418-1420, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30917-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30917-X). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32305073/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BOSCHIERO, M. N. *et al.* One year of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) no Brasil: um panorama político e social. *Annals of Global Health*, Boston, v. 87, n. 1, p. 44, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.3182>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8139306/>. Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. *Normas Regulamentadoras – NR 32*. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Previdência, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-detrabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/norma-regulamentadorano-32-nr-32#:~:text=A%20NR%2D32%20tem%20como,assist%C3%A2ncia%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20em%20geral>. Acesso em: 14 maio 2020.



BRASIL. *Nota técnica nº 04/2020: orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2)*. Brasília, DF: ANVISA, 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/ANVISA/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnicagvims_ggtes_ANVISA-04-2020-09-09-2021.pdf. Acesso em: 8 abr. 2021.

BRASIL. *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-eplanos/livreto-plano-de-contingencia-espincoe-26-novembro-2020>. Acesso em: 21 nov. 2021.

BRASIL. *Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cgsat_-_recomendacoes_de_protecao_aos_trabalhadores_dos_servicos_de_saude_no_atendimento_de_COVID-19.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.

CHERSICH, M. F. *et al.* COVID-19 in Africa: care and protection for frontline healthcare workers. *Global Health*, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 46, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00574-3>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32414379/>. Acesso em: 5 jun. 2022.

COLMAN, E. *et al.* Efficient sentinel surveillance strategies for preventing epidemic on networks. *PLoS Computational Biology*, San Francisco, v. 15, n. 11, p. 1-19, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1007517>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6910701/>. Acesso em: 5 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Observatório de enfermagem*. COFEN, Brasília, 2021. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Profissionais infectados com COVID-19 informado pelo serviço de saúde. *Observatório da Enfermagem*, Brasília, DF, 28 abr. 2023. Disponível em: <https://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). *Parecer CNE/CP nº 5/2020, aprovado em 28 de abril de 2020*. Reorganização do Calendário Escolar e da possibilidade de cômputo de atividades não presenciais para fins de cumprimento da carga horária mínima anual, em razão da Pandemia da COVID-19. Brasília, DF, 28 abr. 2020. Disponível em: <https://ichf.uff.br/wp-content/uploads/sites/121/2020/06/O-CNE-28-4-20.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Immediate health surveillance response to COVID-19 epidemic. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. 1-3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021>. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32414379/>.



nih.gov/32215535/. Acesso em: 1 dez. 2021.

FERREIRA, F. D. C.; DANTAS, F. C.; VALENTE, G. S. C. Nurses' knowledge and competencies for preceptorship in the basic health unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, n. 4, p. 1564-1571, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0533>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DB6ybJYCkHmVJscwqw95qds/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 maio 2020.

FONTANA, F. *Técnicas de pesquisa*. In: MAZUCATO, T.; ZAMBELLO, A. V. (orgs.). *Metodologia da pesquisa e do trabalho científico*. Penápolis: FUNEPE, 2018. p. 59-80.

JACKSON FILHO, J. M. *et al.* A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 45, n. 14, p. 1-3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369er122pt2022v47e23>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Km3dDZSWmGpggYbjgc57RCn/>. Acesso em: 15 jul. 2022.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 49-55, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/KyZXDNtsvDdD4pkNKMpxjsJ/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2022.

LAI, J. *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, [s. l.], v. 3, e203976, p. 1-12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32202646/>. Acesso em: 15 jul. 2022.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. de. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEITE, S. N. *et al.* Gestão da força de trabalho em saúde e COVID-19: desinformação e ausência de Políticas Públicas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1873-1884, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.01252021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NRLKdxfsJt9qmVXjGdJFXQj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2022.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, Washington, DC, v. 22, n. 140, p. 44-53, 1932. Disponível em: https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos PAGU*, Campinas, n. 24, p. 105-125, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/W4mKrfz7znsdGBdJxMHsGPG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2022.

LUI, L. *et al.* Disparidades e heterogeneidades das medidas adotadas pelos municípios brasileiros



no enfrentamento à pandemia de COVID-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1-13, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00319>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/JdjbBW4mBnjDd7kNnQnkwtP/>. Acesso em: 15 jul. 2022.

MACHADO, M. H. et al. *Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de COVID-19 a realidade brasileira*. In: PORTELA, M. C. et al. *COVID-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022. p. 283-295.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Folha informativa COVID-19 – Escritório da OPAS e da OMS no Brasil*. Washington, DC: OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/COVID19>. Acesso em: 5 jun. 2022.

PALMEIRA, R. L.; SILVA, A. A. R.; RIBEIRO, W. L. As metodologias ativas de Ensino e Aprendizagem em tempos de pandemia: a utilização dos recursos tecnológicos na Educação Superior. *HOLOS*, Natal, v. 5, p. 1-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15628/holos.2020.10810>. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/10810>. Acesso em: 22 maio 2022.

PASINI, C. G. D.; CARVALHO, É. de.; ALMEIDA, L. H. C. A educação híbrida em tempos de pandemia: algumas considerações. *Observatório Socioeconômico da COVID-19*, Santa Maria, p. 1-9, 29 jun. 2020. Disponível em: https://www.oseCOVID19.cloud.ufsm.br/media/documents/2021/03/29/Textos_para_Discussao_09_-_Educacao_Hibrida_em_Tempos_de_Pandemia.pdf. Acesso em: 22 maio 2022.

POCHMANN, M. Tendências estruturais do mundo do trabalho no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 89-99, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29562019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vnJWDbvYCWqdYdVypqrJMBm/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2020.

PRESOTTO, G. V. et al. Dimensões do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 15, n. 5, p. 760-770, 2014. Disponível em: <https://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3237>. Acesso em: 5 jun. 2022.

ROSA, A. Vencedora do prêmio Notáveis CNN: saiba quem é a 1ª vacinada no Brasil. *CNN Brasil*, São Paulo, 17 jan. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/primeira-vacinada-em-sp-sera-enfermeira-do-hospital-emilio-ribas/>. Acesso em: 10 set. 2020.

SANTOS, K. O. B. et al. Labor, health and vulnerability in the COVID-19 pandemic. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 1-14, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/W7bdfWDGNnt6jHCcCChF6Tg/?lang=en>. Acesso em: 5 jun. 2022.

SILVA, M. A. S. da et al. Nursing professionals' biosafety in confronting COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 75, n. 1, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0100>.



org/10.1590/0034-7167-2020-1104. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/cJk5qQfstc69Vdp9KdsXB6r/?lang=en>. Acesso em: 5 jun. 2022.

SOARES, J. P. *et al.* Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p.385-398, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E126>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZsVfhVZVNhw5c3qrfzDTh4H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 jun. 2022.

TEIXEIRA, C. F. Z. *et al.* The health of healthcare professionals coping with the COVID-19 pandemic. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/?lang=en>. Acesso em: 5 jun. 2022.

TEODÓSIO, S. S. C. S.; LEANDRO, S. S. *Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19*. Brasília, DF: ABEn, 2020. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/ebooks/atencaobasica>. Acesso em: 5 jun. 2022.

XIMENES NETO, F. R. G. Educação em Enfermagem no Brasil: avanços e riscos. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 10, n. 6, p. 4-5, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.3368>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3368>. Acesso em: 5 jun.2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. *WHO*, Genebra, 19 mar. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2021.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 16 de abril de 2023.

Aceito em 03 de novembro de 2023.

Publicado em 26 de dezembro de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

FRIEDRICH; Lisiane Nunes Zanini; WARMLING, Cristine Maria. Biossegurança na prática de enfermagem no enfrentamento da Covid-19 no Grupo Hospitalar Conceição. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 19-42, 2023.





Tratamento de Feridas por Enfermeiros de Equipes de Saúde da Família - Estudo Clínico Piloto

Treatment of Wounds by Family Health Team Nurses - Pilot Clinical Study

Tratamiento de heridas por parte de enfermeros de equipos de salud de la familia - estudio clínico piloto

Raquel Farias Rozeno¹
Daniel Demétrio Faustino-Silva²

¹ Enfermeira. Mestre em Produção e Avaliação de Tecnologias para o Sus. Especialista em Saúde Comunitária. Enfermeira Saúde da Família na Prefeitura de Esteio – RS.
<https://orcid.org/0000-0002-4743-5592>
<http://lattes.cnpq.br/7260705060354153>
quelrozeno@yahoo.com.br

² Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia em Saúde Bucal Coletiva. Professor do Mestrado Profissional de Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde.
<https://orcid.org/0000-0001-6876-6537>
<http://lattes.cnpq.br/3497215871361607>
danielsilva@ghc.com.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar resultados do tratamento após a implantação de um protocolo de feridas, para enfermeiros, no controle das lesões vasculogênicas em membros inferiores de paciente atendidos no contexto da Estratégia da Saúde da Família (ESF). **Método:** Estudo clínico piloto, incluiu 12 participantes em sete equipes de ESF do Rio Grande do Sul e acompanhados por enfermeiros, de agosto a novembro de 2016. As unidades foram randomizadas em dois grupos: estudo (com protocolo de feridas) e controle (tratamento convencional). **Resultados:** No grupo estudo foi observado melhora em todas características das lesões, sendo a redução de odor e exsudato serosanguinolento estatisticamente significativa ($p < 0,05$) maior que no grupo controle. Houve aumento na granulação e epiteliação bem como diminuição nas áreas das lesões do grupo estudo em relação ao controle, porém sem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$). **Conclusão:** O protocolo mostrou-se um importante instrumento de auxílio aos enfermeiros para qualificar o atendimento de pacientes com feridas vasculogênicas. **Palavras-chave:** cicatrização; ferimentos e lesões; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To evaluate treatment results after implementing a wound protocol for nurses in the control of vasculogenic lesions in the lower limbs of patients treated in the context of the Family Health Strategy (FHS). **Method:** Pilot clinical study, including 12 participants in seven FHS teams in Rio Grande do Sul and followed by nurses, from August to November 2016. The units were randomized into two groups: study (with wound protocol) and control (conventional treatment). **Results:** In the study group, improvement in all lesion characteristics was observed, and the reduction of odor and serosanguineous exudate was statistically significant ($p < 0.05$) higher than in the control group. There was an increase in granulation and epithelialization as well as a decrease in the areas of the lesions of the study group compared to the control group, but without statistically significant differences ($p > 0.05$). **Conclusion:** The protocol proved to be an important instrument to help nurses qualify for the care of patients with vasculogenic wounds.

Keywords: healing; wounds and injuries; nursing care.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los resultados del tratamiento posterior a la implantación de un protocolo de heridas para enfermeros, en el control de lesiones vasculares en miembros inferiores de pacientes atendidos en el contexto de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). **Método:** El estudio clínico piloto incluyó a 12 participantes en siete equipos de la ESF del estado de Rio Grande do Sul acompañados por enfermeros, entre agosto y noviembre de 2016. Las unidades se asignaron aleatoriamente en dos grupos: de estudio (con protocolo de heridas) y de control (tratamiento convencional). **Resultados:** En el grupo de estudio se observaron mejoras en todas las características de las lesiones, siendo la reducción estadística del olor y del exudado serosanguinolento significativamente mayor ($p < 0,05$) que en el grupo de control. Hubo un aumento de la granulación y epiteliación, así como una disminución en las áreas de las lesiones del grupo de estudio en relación al de control, pero sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$). **Conclusión:** El protocolo demostró ser un instrumento importante para ayudar al enfermero a mejorar el cuidado de los pacientes con heridas vasculares.

Palabras clave: cicatrización; heridas y lesiones; cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

As lesões de perna são um problema de saúde pública de grande importância, pois além de causarem dor crônica, limitações, perda da autoestima e problemas psicossociais ao usuário, ainda causam um grande impacto econômico para os serviços de saúde, sendo muito comum nos países ocidentais (Carmo *et al.*, 2007; Abbade; Lastoria, 2006). No Brasil, as doenças do aparelho circulatório estão entre as doenças mais importantes na classificação de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). De acordo com Oliveira *et al*, 2019 cerca de 31% das DCNT's são referentes ao aparelho circulatório, 17 % são por neoplasias, 6 % por doenças respiratórias crônicas e 6% por Diabetes Mellitus. Este estudo traz ainda que independente da etiologia das feridas crônicas elas trazem impactos importantes na qualidade de vida das pessoas e nas questões socioeconômicas tanto para familiares quanto para os serviços de saúde. Silva *et al*, 2012 já descrevia isto em seus trabalhos, trazendo que a prevalência das feridas estavam fortemente ligadas a um elevado custo de tratamento. (Oliveira *et al*, 2019). Estas lesões muitas vezes são reincidentes em até um ano após a cura, ocorrendo entre as idades de 30 e 70 anos. Este crescente envelhecimento da população, torna imprescindível que os profissionais sejam melhor capacitados para a assistência e para o uso adequado das novas tecnologias que vêm surgindo (Silva *et al.*, 2009; Prazeres, 2009; Oliveira *et al*, 2019).

O tratamento de úlceras vasculogênicas é importante, já que estas são relativamente comuns na população adulta e sua prevalência varia muito, a falta de um protocolo baseado em evidência científica para os cuidados de cada tipo de ferida impacta na escolha, muitas vezes, de um tratamento único para todos os casos, o que prejudica o tempo de cicatrização. (Abbade; Lastoria, 2006; Santana *et al*, 2022). Devido a isso, o diagnóstico e o tratamento adequados são importantes para o cuidado de usuários com úlceras vasculogênicas, o enfermeiro deve fazer um bom diagnóstico de enfermagem, baseado em evidências observada proporcionando maior rapidez na cicatrização e prevenção de recorrências das lesões (Santos, 2021).

A construção de protocolos assistenciais é de grande relevância para a atenção prestada pelo enfermeiro em saúde pública, para tanto, deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, bem como, aos preceitos da prática baseada em evidências, normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), da instituição onde será utilizado e entender a importância da participação dos usuários no tratamento de sua saúde. Há muitas vantagens em se estabelecer protocolos e diretrizes associados a literatura e a realidade dos serviços de saúde, como fornecer maior segurança e melhores resultados aos usuários e profissionais, redução de tempo de tratamento, melhora na qualificação dos profissionais, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado e uso mais racional dos recursos disponíveis, favorecendo a redução de custos e maior transparência no controle destes. Portanto, estabelecer protocolos (Prazeres, 2009; Pimenta *et al.*, 2015; Santos, 2021; Santana *et al*, 2022). A utilização de protocolo na área assistencial trata-se de um plano exato e detalhado para o estudo de um problema de saúde humana, para a implementação de um esquema terapêutico, que



maximiza o potencial humano e reduz custos, resultando na sistematização da assistência, uma vez que, requer o registro dos achados clínicos e das informações obtidas (Borges *et al.*, 2001).

No que diz respeito às inovações tecnológicas para curativos, sabe-se que há um grande aumento de novas coberturas que têm por objetivo proporcionar melhor cicatrização e melhores condições de tratamento aos usuários. No entanto, seu custo é tão variável quanto a quantidade de materiais que surge a cada ano. O grande desafio para os profissionais de saúde é saber como usá-las adequadamente sem onerar os serviços de saúde (Prazeres, 2009; Geovanini, 2014). A produção cada vez maior de novas tecnologias, tipos de coberturas que agem no tratamento e prevenção das feridas, produz um crescimento contínuo dos gastos em saúde pública e estes estão associados as mudanças do perfil epidemiológico da população. Com isso, é essencial o desenvolvimento de mecanismos que propiciem a utilização adequada das tecnologias e possibilite o controle de gastos (Brasil. Ministério da Saúde, 2009; Santana *et al.*, 2022).

É importante ressaltar que as publicações sobre tecnologias referentes aos diversos tipos de curativos e coberturas são muito fragmentadas, sendo constituídas de relatos isolados, quase sempre produzido pela empresa que o vende, o que não nos permite ter real conhecimento de seu custo-benefício (Prazeres, 2009; Sevegnani; Burin; Filus, 2007; Borges; Caliri; Haas, 2007). Essa fragmentação e o número de novos tipos de tecnologias em coberturas que vêm surgindo, impactam diretamente no custo dos materiais que os profissionais utilizam. Foi pensando nisso e com o intuito de auxiliar os profissionais na tomada de decisão em relação às tecnologias e seus custos, que o Ministério da Saúde (MS) criou dois manuais que trazem diretrizes para melhor organização dos estudos nas áreas de avaliações econômicas e tecnológicas em saúde *Diretrizes Metodológicas: estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde e Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde* (Brasil. Ministério da Saúde, 2014; Brasil. Ministério da Saúde, 2010).

Embora nos últimos anos tenham aparecido estudos referentes a uso de tecnologias e protocolos para o tratamento de feridas na Atenção Primária à Saúde no Brasil, ainda existe uma falta de sistematização da assistência prestada aos usuários portadores deste tipo de lesão (Santana *et al.*, 2022). Portanto o objetivo deste estudo foi avaliar os resultados do tratamento das feridas após a implantação de um protocolo utilizado no controle de lesões vasculogênicas em membros inferiores de pacientes atendidos no contexto da Estratégia de Saúde da Família no interior do Rio Grande do Sul (RS). Adicionalmente, objetivou-se avaliar os conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros após o treinamento para manejo de feridas,;

MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo clínico piloto, realizado no município de Santa Cruz do Sul - RS no período de agosto a novembro de 2016, como pré-requisito para formação no Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).



Os critérios de inclusão dos pacientes foram: diagnóstico de úlcera vasculogênica há mais de um ano, ter disponibilidade de realizar os curativos na unidade de saúde, estar cadastrados na ESF e não possuir outras comorbidades como Diabetes mellitus (DM) ou outra patologia que interferisse diretamente na cicatrização da lesão.

As unidades de saúde foram randomizadas através do programa *Online Random.org* e divididas em grupo estudo que foi capacitado e utilizou um protocolo de manejo de feridas vasculogênicas e grupo controle, que não recebeu capacitação e seguiu realizando os curativos de forma convencional conforme rotina do serviço. O estudo foi cego para o paciente, pois ele não sabia se o enfermeiro foi treinado para o uso de um protocolo de manejo de feridas.

Iniciou-se o estudo com uma capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) vinculados a estas 14 unidades, a fim de que estes pudessem identificar, em visitas domiciliares, os usuários portadores de úlceras vasculogênicas em suas microáreas do território da unidade de saúde. Ao entrevistar os pacientes para adesão ao estudo, obteve-se uma considerável redução amostral devido aos fatores como mudança de endereço, óbito e não adesão à pesquisa restando uma amostra de 12 usuários pertencentes a sete unidades apenas, sendo que, um usuário do grupo estudo e um do grupo controle possuíam feridas nos dois membros o que totaliza sete feridas vasculogênicas. Assim, no grupo estudo ficaram quatro unidades com sete feridas e no grupo controle três unidades com sete feridas.

Os enfermeiros das unidades que utilizaram o protocolo foram treinados por uma enfermeira estomaterapeuta na utilização de curativos, bem como na classificação de feridas e como realizar o preparo do leito da ferida para realização do curativo, além de utilizar o protocolo de orientação para o manejo da ferida (Grupo Hospitalar Conceição, 2022). O curso teve duração de 04 horas e foi realizado no auditório pertencente ao município. Antes de iniciar o treinamento os enfermeiros responderam a um questionário elaborado pelos autores contendo cinco perguntas estruturadas sobre seus conhecimentos em tratamento de feridas, que foi reaplicado em 3 meses, ao final do projeto.

Para que os dados fossem avaliados, ambos os grupos utilizaram uma planilha de acompanhamento, onde o enfermeiro registrou todos os dados referentes a caracterização e evolução do curativo da ferida realizado através do registro do tamanho da lesão, localização, presença ou ausência de necrose, presença ou ausência de tecido de granulação e/ou epitelização, quantidade e tipo de exsudato e se havia odor e dor. Este instrumento foi criado baseado no que a literatura evidência de importante no que se refere ao tratamento de lesões de pele (Prazeres, 2009; Domansky; Borges, 2012; Viegas, 2019; Ferreira, 2022).

A análise dos dados foi realizada segundo características sociodemográficas, como sexo, idade, escolaridade e ocupação. As variáveis das feridas foram: presença de necrose; presença de infecção; tipo de necrose; característica do tecido; presença e tipo de exsudato; cor da lesão; odor; dor; e área da lesão.



Para esta análise os dados coletados referentes às características da lesão foram organizados em planilha do Microsoft Excel e então transportados para o *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, utilizando-se após o software *Stata* versão 11, teste *t* e correlação de Pearson. Para análise das áreas da lesão utilizou-se a análise de diferença entre as áreas iniciais e finais calculando-se a média com intervalo de confiança de 95%.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CAAE número 58081016.1.0000.5530). O grau de risco foi mínimo, sendo associado ao desconforto próprio da realização de curativos. O uso do protocolo não ofereceu desconforto ou risco adicional. Os possíveis benefícios foram referentes à utilização de protocolos, tais como: organização do atendimento e qualidade na assistência que podem possibilitar a diminuição no tempo de cura, melhora da dor e do odor, e consequentemente a redução de custos. Após o término do estudo, todos os enfermeiros receberam o treinamento para curativos através de uma enfermeira estomaterapeuta. Para fins dessa pesquisa o gestor local concedeu Termo de Ciência permitindo a utilização de materiais e espaço das unidades, bem como das equipes de trabalho. O sigilo de dados pessoais foi garantido, bem como, todos os cuidados éticos e os dispostos da Resolução CNS 466/12 foram cumpridos.

RESULTADOS

Análise sociodemográfica dos participantes

No que se refere às características sociodemográficas ficaram divididos 66,67% dos usuários do sexo feminino no grupo estudo e 33,33% no grupo controle. As idades em ambos os grupos prevaleceram acima de 60 anos, sendo apenas uma pessoa no grupo estudo com idade até 60 anos. Referente à escolaridade houve prevalência do nível fundamental, sendo 66,67% no grupo estudo e 100% no grupo controle.

No que se refere à ocupação, a totalidade dos integrantes de ambos os grupos eram aposentados, sendo que, devido à moradia se dar no interior e muitos serem agricultores ainda desempenham trabalhos em suas lavouras, 50% no grupo estudo e 62,5% no grupo controle. A área de moradia no grupo estudo foi predominantemente urbana (66,67%) e no grupo controle 62,5 % nas áreas rurais.

Caraterísticas de evolução das feridas

A tabela 1 demonstra características da ferida segundo o tempo, se houve recidiva e em qual membro estava localizada.

Tabela 1 – Características das feridas quanto ao tempo de evolução e localização. Santa Cruz do Sul, 2016.

		Estudo		Controle	
		n	%	n	%
Início da ferida	< 5 anos	2	33,33	3	37,5



	> 5 anos	4	66,67	5	62,5
Recidiva	Sim	5	83,33	6	75
	Não	1	16,67	2	25
Membro	MID	4	66,67	5	62,5
	MIE	2	33,33	3	37,5
Total		6	100	8	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Observa-se que 66,67% do grupo estudo possuíam feridas há mais de 5 anos, e 62,5 % no grupo controle. Cinco pacientes relataram possuir a ferida há mais de 20 anos.

Quanto à recidiva, 83,33% dos pacientes do grupo estudo tiveram recidiva da ferida contra 75% do grupo controle, o que demonstra que é muito comum ocorrerem recidivas quando se trata de ferida vasculogênicas. Os dados mostram que no início da pesquisa o grupo estudo apresentou 71,43% das feridas com necrose e infecção; 85,71 % com bordas irregulares e 100% com exsudato sendo que destes, 28,57% apresentavam moderada quantidade e 71,43% quantidade intensa; 57,14% apresentaram dor e 42,86% odor. Já o grupo controle apresentou 42,86% de necrose nas feridas, 57,14% de infecção e 100% das bordas irregulares; 85,71% apresentaram exsudato em quantidades mínimas de 14,29% e intensas de 85,71%. Quanto à dor, 85,71% referiram à presença e 28,57% apresentavam odor. As características das lesões foram semelhantes entre os grupos no início do estudo, não havendo diferença estatisticamente significativa para nenhum dos parâmetros avaliados (Tabela 2).

Tabela 2 - Características das feridas do grupo estudo e controle no início e no final do estudo. Santa Cruz do Sul, 2016.

Características	Início do Estudo - agosto -2016						Final do Estudo - novembro – 2016					
		Estudo		Controle		p		Estudo		Controle		p
		n	Média	n	Média			n	Média	n	Média	
Necrose	Presente	5	71,43	3	42,86	0,181	Presente	3	42,86	3	42,86	1
	Ausente	2	28,57	4	57,14		Ausente	4	57,14	4	57,14	
Infecção	Presente	5	71,43	4	57,14	0,4645	Presente	0	0	0	0	
	Ausente	2	28,57	3	42,86		Ausente	7	100	7	100	
Borda Irregular	Presente	6	85,71	7	100	0,3398	Presente	6	85,71	7	100	0,3398
	Ausente	1	14,29	0	0		Ausente	1	14,29	0	0	



Tipo de Exsudato	Presente	7	100	6	85,71	0,5047	Presente	6	85,71	7	100	0,3398
	Ausente	0	0	1	14,29		Ausente	1	14,29	0	0	
	Seroso	3	42,86	2	28,57	0,5806	Seroso	3	42,86	5	71,43	0,48
	Serosanguinolento	1	14,29	1	14,29	1	Serosanguinolento	0	0	1	14,29	0,0412
	Seropurulento	3	42,86	2	28,57	0,6257	Seropurulento	0	0	0	0	-
	Fibrinoso	0	0	1	14,29	0,5047	Fibrinoso	3	42,86	1	14,29	0,418
Quantidade de Exsudato	Mínimo	0	0	1	14,29	0,5047	Mínimo	5	71,43	1	14,29	0,069
	Moderado	2	28,57	0	0	0,3351	Moderado	2	28,57	3	42,86	0,6725
	Intenso	5	71,43	6	85,71	0,6554	Intenso	0	0	2	28,57	0,1859
Odor	Presente	3	42,86	2	28,57	0,5806	Presente	0	0	2	28,57	0,0313
	Ausente	4	57,14	5	71,43		Ausente	7	100	5	71,43	
Dor	Presente	4	57,14	6	85,71	0,1837	Presente	0	0	3	42,86	0,2174
	Ausente	3	42,86	1	14,29		Ausente	7	100	4	57,14	
Total		7	100	7	100			7	100,00	7	100,00	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na mesma Tabela 2, pode-se ver a análise dos resultados finais do estudo em novembro de 2016. Nesta pode-se observar que após 90 dias do início do trabalho, o grupo estudo apresentou 42,86% de necrose, o que representa uma redução de aproximadamente 40% em comparação ao início do estudo, e 0% de infecção, o que representa 100% de melhora em comparação com o início do estudo.

Embora não tenha ocorrido redução e melhora significativa das bordas pode-se observar melhora em sua aparência, dado que não pode ser confirmado estatisticamente.

Quanto ao exsudato, houve neste grupo uma redução de 15% em comparação com o início do estudo, com importante redução do exsudato serosanguinolento e seropurulento de 100% em comparação com o inicial. Já o exsudato seroso permaneceu na mesma proporção de 42,86% e o fibrinoso obteve aumento de 42,86%.

No que se refere ao odor, houve 100% de redução no grupo estudo e o grupo controle manteve a mesma proporção de 28,57%. Odor e exsudato serosanguinolento apresentaram significância estatística considerando $p < 0,05$, sendo que os demais dados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Na característica dor houve redução de 100% no grupo estudo e 50% no grupo controle.

Quanto às características de melhora das feridas, no que diz respeito à granulação e epitelização segue a Tabela 3.



Tabela 3- Características de melhora das feridas no início e no final do estudo. Santa Cruz do Sul, 2016.

	Início do Estudo - agosto -2016						Final do Estudo - novembro -2016							
Granulação		Estudo			Controle				Estudo			Controle		
		n	Média	n	Média	p		n	Média	n	Média	p		
	Presente	0	0	4	57,14	0,0182	Presente	6	85,71	6	85,71	1,0000		
	Ausente	7	100	3	42,86		Ausente	1	14,29	1	14,29			
Epitelização	Presente	1	14,29	1	14,29	1	Presente	4	57,14	2	28,57	0,3014		
	Ausente	6	85,71	6	85,71		Ausente	3	42,86	5	71,43			
Total		7	100	7	100		Total	7	100	7	100			

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Conforme a Tabela 3 observa-se que no grupo estudo 100% das lesões não apresentavam tecido de granulação e 14,29% apenas apresentava algum tecido de epitelização. Já no grupo controle, 57,14% apresentavam algum tipo de granulação enquanto 14,29% apresentavam tecido de epitelização. O que mostra que as feridas do grupo estudo estavam em piores condições que as feridas do grupo controle no início do estudo.

No que se refere à melhora do tecido da lesão não há diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, estudo e controle (tabela 3), no entanto um comparativo do início e fim do trabalho mostra que houve um aumento importante do tecido de granulação no grupo estudo que passou de 0% para 85,71%. Já no grupo controle, de 57,1% aumentou para 85,71%. Quanto à epitelização no grupo estudo, passou de 14,29% para 57,14% no fim do trabalho e o controle diminuiu de 85,71% para 71,43%.

Ao analisar o cálculo da diferença entre as áreas das lesões de cada grupo vimos que a média do grupo estudo ficou em -53,89 e no grupo controle de -1,88 ($p=0,101$). Para esta análise foi realizada a média entre as áreas iniciais e finais das lesões de cada grupo e após entre ambas. O valor é negativo, pois há diminuição das áreas. Embora não tenha apresentado diferença estatisticamente significativa, o grupo estudo obteve diminuição nas áreas das lesões, enquanto o grupo controle em sua maioria manteve as mesmas áreas do início do estudo.

Os conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados de feridas foram medidos por meio de um questionário para avaliar se houve perda de conhecimento com o passar do tempo e averiguar a periodicidade com que os treinamentos e capacitações devem ser realizados. No questionário inicial pós capacitação, a média de 8 acertos do total de 10 perguntas. No questionário final, após 3 meses, a média ficou em 7,71, sendo que essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,783$). Sendo assim, pode-se dizer que os conhecimentos se mantiveram no período do estudo.

DISCUSSÃO

A prevalência de feridas vasculogênicas na população adulta é alta e aumenta com a idade. Observou-se no estudo que apenas 16,67 % dos participantes tinham menos de 60 anos o que corrobora



essa afirmação (Abbade; Lastoria, 2006; Oliveira *et al*, 2019). Apesar da dificuldade de se estimar a prevalência de feridas venosas nos membros inferiores, estudos no Brasil demonstraram que estas são mais presentes em mulheres e na faixa etária acima de 60 anos (Silva *et al.*, 2012; Gomes *et al*, 2020).

Alguns autores trazem ainda que, embora as feridas vasculogênicas atinjam sua maior prevalência nos idosos, seu surgimento se dá no início da idade laborativa, o que causa grande impacto econômico na vida da pessoa e do mercado de trabalho, devido às fortes dores e perda de mobilidade funcional, afetando diretamente a qualidade de vida e a capacidade do indivíduo para o trabalho (Angelico *et al.*, 2012; Gomes *et al*, 2020). Neste ponto, o diagnóstico correto e o tratamento qualificado são fundamentais, pois proporcionam maior rapidez de cicatrização e prevenção de recorrências (Silva *et al.*, 2012; Santana *et al*, 2022).

Pelo tempo de lesão caracterizado neste estudo, a maioria das pessoas desenvolveu as úlceras por volta dos 30 a 40 anos o que refletiu significativamente sobre a produtividade do trabalho, bem como, nos gastos do tratamento ao longo dos anos, tanto para as pessoas com feridas quando para os serviços que a atenderam sem resolutividade do problema (Araújo *et al.*, 2005; Gomes *et al*, 2020).

É importante salientar, que o metabolismo do idoso diminui assim como a sua capacidade de revascularização, o que torna a cicatrização mais lenta e consequentemente mais difícil de curar uma ferida. Esta evidência condiz com o encontrado no estudo, pois a maior parte dos indivíduos estudados - 83% do grupo estudo e 100% do grupo controle - possuía mais de 60 anos (Borges *et al.*, 200; Oliveira *et al*, 2019).

Rodrigues (2010) traz que no período de noventa dias já é possível evidenciar cicatrização das feridas, sendo esse dado na média de sessenta dias aproximadamente. Este mesmo autor traz ainda que o membro inferior direito é o mais frequente em seus estudos, o que corrobora com nossa pesquisa.

As características das feridas no início do tratamento são indicadores importantes para sua cicatrização e para escolha do melhor tratamento. Sendo a limpeza da ferida essencial, pois promove ambiente favorável a cicatrização (Carmo *et al.*, 2007).

Dor é um indicador importante a ser estudado, pois é caracterizada como um fator incapacitante para as atividades de vida diária. No início do estudo, 57,14% dos pacientes possuíam dor no grupo estudo, 85,71% no grupo controle, sendo que ao final do estudo observou-se que os pacientes do grupo estudo não possuíam mais dor, enquanto 42,86% do grupo controle ainda apresentavam essa característica. Autores destacam que a dor deve ser um parâmetro registrado e avaliado sempre que os pacientes são atendidos para curativos em feridas, sendo a melhora da dor uma das estratégias dos profissionais para garantir a qualidade de vida dos pacientes (Borges *et al.*, 2001; Borges; Burin; Filus, 2007).

As úlceras com tecido necrótico requerem, além da limpeza, o desbridamento, isto é, a retirada de tecido necrótico para possibilitar o surgimento do tecido saudável, isso corrobora com a pesquisa



já que o grupo estudo obteve melhora da necrose, frente a cuidados mais intensos e à técnica de limpeza adequada, enquanto o grupo controle manteve a mesma proporção de necrose (Silva *et al.*, 2012; Borges *et al.*, 2001; Aguiar *et al.*, 2005).

A ferida venosa produz grande quantidade de exsudato e, quando purulento indica processo infeccioso. Nesta pesquisa, 42,86% do grupo estudo apresentou exsudato seropurulento e 28,57% do grupo controle. Outros estudos também evidenciaram características como estas e demonstraram importância do controle e limpeza da ferida. Observou-se no presente estudo que a quantidade de exsudato diminui conforme o tamanho da ferida regride, fato evidenciado também na literatura sobre feridas (Rodrigues, 2010). As bordas de feridas venosas normalmente são irregulares e planas, sendo bem aderidas ao leito da ferida (Abbade; Lastoria, 2006).

Embora não tenha ocorrido diferença estatisticamente significativa, a diminuição da área foi visível, principalmente nas primeiras semanas de tratamento e proporcionou a melhora da qualidade de vida dos pacientes. A redução nas primeiras semanas é uma importante característica de cura, indicando um bom prognóstico e utilização adequada dos materiais utilizados (Vowden *et al.*, 2006).

Mesmo não havendo a possibilidade de calcular os custos dos materiais utilizados, bem como, do trabalho dos profissionais envolvidos, é possível sugerir que feridas com redução importante em noventa dias são uma economia relevante, no que diz respeito a estes pacientes, que possuem lesões há mais de 05 anos. Diversos autores trazem em seus estudos que o tempo de cicatrização é um fator importante e influencia diretamente nos custos com o tratamento (Aguiar *et al.*, 2003; Vowden *et al.*, 2006).

A educação permanente em saúde é uma política desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS), com o intuito de valorizar o saber dos profissionais de saúde, estimulando a transformação de suas práticas e qualificando o atendimento prestado na assistência feridas crônicas. Esta assistência deve acompanhar a evolução científica e tecnológica da área, sendo a educação permanente de grande importância na formação profissional continuada, além de ser uma necessidade constante para melhoria do desempenho do trabalho na saúde da família (Lavicha, 2017; Cortez *et al.*, 2020). Quanto aos testes sobre os conhecimentos de cuidados de feridas aplicados aos enfermeiros do estudo, cabe ressaltar que os resultados se mantiveram ao longo do tempo de execução da pesquisa. Isso demonstra que treinamentos e capacitações são instrumentos que qualificam o atendimento do enfermeiro, sendo necessário que sejam realizados em maior periodicidade, possibilitando a troca de saberes entre os profissionais, tendo em vista a educação permanente como condutora. O trabalho em enfermagem é complexo, uma vez que nele estão envolvidas ações gerenciais, assistenciais e educativas, cabendo ao enfermeiro prestar assistência ao usuário, à família e à comunidade. É importante que a prática profissional esteja embasada em conhecimentos técnicos, científicos e comprometidos com as necessidades dos usuários. Para tanto, torna-se essencial a constante atualização do profissional, proporcionando qualidade em sua prática assistencial.

Uma limitação do presente estudo foi a amostra pequena de pacientes incluídos em cada grupo. Mesmo assim, foi possível observar a melhora no processo de atendimento dos usuários,



mesmo que não tenha ocorrido diferença estatisticamente significativa. *In loco*, a melhora das feridas foi bem considerável e quatro pacientes obtiveram o fechamento das feridas, dois meses após o término da pesquisa. Outra limitação foi não ter sido possível fazer a análise de custos, devido à falta de componentes para sua avaliação. Sugere-se a padronização dos pacotes de gazes e materiais utilizados nos ambulatórios das unidades, com o intuito de mensurar os gastos de forma mais efetiva. Sugere-se que ensaios clínicos randomizados com amostras representativas e significativas de usuários de serviços de saúde da família sejam realizados para confirmar a efetividade de manejo de feridas vasculogênicas em membros inferiores.

Embora não tenha sido possível encontrar diferenças estatisticamente significativas nos dados recolhidos, é importante a utilização de tecnologias que possibilite a melhora do cuidado e permitem que os profissionais de saúde possam estar em constante educação permanente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo implementado nesse estudo clínico piloto mostrou-se um importante instrumento de auxílio aos enfermeiros para qualificar o atendimento de pacientes com feridas vasculogênicas, com potencial de melhor dos aspectos clínicos das lesões.

O uso de protocolos é importante para a prática do enfermeiro, pois é considerado uma tecnologia em saúde que colabora com a qualificação do trabalho e assistência ao usuário. Torna-se importante que os profissionais estejam em constante qualificação para o uso de novas tecnologias, iniciativa que traz vantagens para os usuários assistidos, devido ao tempo de tratamento, que passa a ser menor, e consequentemente influencia em menores custos para os serviços de saúde.

O tratamento, na maior parte dos locais, é dificultado pela escassez de materiais, recursos humanos ou até mesmo pela infraestrutura dos serviços. Isto aliado a não sistematização do cuidado nesta área acaba por prejudicar a assistência ao usuário bem como a conduta dos profissionais no melhor manejo das feridas. Portanto faz-se necessário a implementação de diretrizes clínicas baseadas em evidências através da avaliação de tecnologias em saúde.

REFERÊNCIAS

ABBADE, L. P. F.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 81, p. 509-522, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000600002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/sKS9Vvk77SrYD3LwT6cyjvz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2023.

AGUIAR, E. T. *et al.* Úlcera de insuficiência venosa crônica. *Diretrizes sobre diagnóstico, prevenção e tratamento da sociedade brasileira de angiologia e cirurgia vascular (SBACV)*. Curitiba, v. 4, n. 3, p. 195-200, 2005. Disponível em: https://www.saudedireta.com.br/docupload/1340062281Arquivo_2.pdf. Acesso em: 23 maio 2023.



ANGÉLICO, R. C. P. *et al.* Socio-demographic profile, clinical and health of people with venous ulcers treated at a university hospital. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 6, p. 62-68, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.2052-14823-1-LE.0601201209>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7061>. Acesso em: 23 maio 2023.

ARAÚJO, T. *et al.* Managing the patient with venous ulcers. *Annals of Internal Medicine*, Flórida, v. 138, n. 4, p. 326-334, 2003. DOI: 10.7326/0003-4819-138-4-200302180-00012. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-138-4-200302180-00012>. Acesso em: 23 maio 2023.

CARMO, S. S. *et al.* Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, n. 9, p. 506-517, 2007. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v9i2.7208>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7202>. Acesso em: 23 maio 2023.

CORTEZ, D. *et al.* Construção de rede de atenção para lesões cutâneas. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, São Paulo, v.19, e0921, 2021. https://doi.org/10.30886/estima.v19.998_PT. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/998/403>. Acesso em: 24 de agosto de 2023,

BORGES, E. L.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Revisão sistemática do tratamento tópico da úlcera venosa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 163-170, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000600017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/L4bGXSMqzzrs4JWtwVfyWsh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2023.

BORGES, E. L. *et al.* *Feridas: como tratar*. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para gestão do SUS*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf. Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes metodológicas: diretriz de avaliação econômica*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_diretriz_avaliacao_economica.pdf. Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf. Acesso em: 21 maio 2023.

DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. *Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências*. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

FERREIRA, A. T. S. *Protocolo para assistência à pessoa com lesão venosa na atenção primária à saúde do município de Cacoal – RO*. 2022. Dissertação (Mestrado em Prática do Cuidado em Saúde) – Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2022.



GEOVANINI, T. *Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional*. São Paulo: Rideel, 2014.

GOMES, N. N. et al. Representações sociais de pacientes com úlceras vasculogênicas sobre qualidade de vida: análise do contexto social. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 75, p. 1-9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0136>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/pst7TvpB5yxTYXjKQypNM9k/?lang=en>. Acesso em: 27 ago. 2023.

PIMENTA, C. A. M. et al. *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. São Paulo: COREN, 2015.

PRAZERES, S. *Tratamento de feridas: teoria e prática*. Porto Alegre: Moriá, 2009.

LAVICHA, C. R. P. et al. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 38, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.62261>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/L4bGXSMqzrs4JWtwVfyWsH/?format=pdf>. Acesso em: 23 maio 2023.

OLIVEIRA, M. F. et al. Feridas em membros inferiores em diabéticos e não diabéticos: estudo de sobrevivência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 40, p. e20120180016, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/CF4r7tFbDkNQtxWQcrpgPdK/?lang=pt>. Acesso em: 27 agosto 2023.

ROZENHO, R. F.; SILVA, D. D. F. Protocolo para tratamento de feridas vasculogênicas em membros inferiores na atenção primária à saúde. In: GRUPO HOSPITALAR CONEILHÃO. *Avaliação e produção de tecnologias em Saúde para o SUS*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2022. p. 107-122.

RODRIGUES, L. M. *Avaliação do custo e da efetividade do hidrogel a 2% no tratamento de úlceras de perna*. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/1074>. Acesso em 23 maio 2023.

SANTANA, R. C. S. et al. Protocolo de cuidados em pacientes com úlceras vasculogênicas em membros inferiores na atenção primária à saúde: um relato de caso. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 2, p. 213-224, 2022. DOI: 10.22278/2318-660.2022.v46.n2.a3772. Disponível em: https://issuu.com/rbsp.issuu/docs/rbsp_v46n2_completo. Acesso em 27 ago. 2023.

SANTOS, C. T. *Evidências clínicas do diagnóstico de enfermagem lesão por pressão em adultos, suas intervenções e resultados, para pacientes hospitalizados*. 2021. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

SEVEGNANI, P. O.; BURIN, S. F. F.; FILUS, W. A. Custos diretos de curativos em úlcera por



pressão: estudo de caso. *Boletim de Enfermagem*, Curitiba, v. 1, p. 46-65, 2007. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.040.pdf>. Acesso em 23 maio 2023.

SILVA, F. A. A. *et al.* Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, p. 889-893, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NJYZ8DsCxtSKsSFtQ4gVQtD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2023.

SILVA, M. H. *et al.* Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, p. 329-333, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/9h9xXqvHMxDfNjXd6VtzBKH/?lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2023.

VIÉGAS, M. C. *Úlcera de perna: um estudo sobre registro de diagnóstico e intervenção de enfermagem em prontuário*. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Rio de Janeiro, 2019.

VOWDEN, P. The effect of amelogenins (Xelma) on hard-to-heal venous leg ulcers. *Wound Repair and Regeneration*, Saint Louis, v. 14, p. 240-246, 2006. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00117. x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16808801/> Acesso em: 23 maio 2023.

Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Recebido em 28 de abril de 2023.

Aceito em 01 de novembro de 2023.

Publicado em 26 de dezembro de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

ROZENO, Raquel Farias; FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio. Tratamento de Feridas por Enfermeiros de Equipes de Saúde da Família – Estudo Clínico Piloto. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 43-56, 2023.





Construções sociais e saúde das mulheres: O poder do Complexo de Cinderela

Social constructions and women's health: The power of the Cinderella Complex

Construcciones sociales y salud de las mujeres: el poder del complejo de Cenicienta

Layne Martins Ferraz¹

¹ Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
<https://orcid.org/0009-0008-2086-3600>
<http://lattes.cnpq.br/6345548489494542>
laynemartinsferraz@outlook.com

RESUMO:

A subjetividade dos indivíduos é construída desde a infância, a qual se baseia, principalmente, nas acepções sociais que os rodeiam. Nesse sentido, é lógico afirmar que os contos de fada, comumente presentes na vida desses sujeitos, permeiam os processos de edificação do indivíduo, logo, exercem grande papel social na medida em que refletem inclinações sociais e influência no desenvolvimento infantil. A partir dessa afirmativa, o presente artigo buscou compreender de que forma o conto da Cinderela repercute na saúde das mulheres, alicerçado no escrito “Complexo de Cinderela” de Colette Dowling (1981). A pesquisa foi realizada mediante uma análise documental sob a perspectiva do conceito do Complexo de Cinderela, presente no livro de mesmo nome, acima citado, a partir da coleta de dados junto a duas redes sociais, através de palavras-chave e hashtags, durante um intervalo de sete dias. Por fim, foi possível identificar, a partir dos dados coletados no estudo, algumas das estratégias através das quais o referido complexo atua na saúde das mulheres. A temática requer especial atenção das pessoas, de maneira geral, mas também das autoridades sanitárias que deveriam propor ações de Educação e Promoção em Saúde que permitissem às mulheres vislumbrar outras possibilidades de vida, para além daquelas promovidas com o interesse de docilizar-las.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; educação em saúde; iniquidade de gênero; feminismo; iniquidades em saúde.

ABSTRACT:

The subjectivity of individuals is built from childhood, which is based mainly on the social meanings that surround them. In this sense, it is logical to affirm that fairy tales, commonly present in the lives of these subjects, permeate the processes of edification of the individual. Therefore, they play a great social role as far as they reflect social inclinations and influence on child development. Based on this statement, this article sought to understand how the tale of Cinderella has repercussions on women's health, based on the writing “Cinderella Complex” by Colette Dowling (1981). The research was conducted through a documentary analysis from the perspective of the Cinderella Complex concept, present in the book with the same name mentioned above, from the collection of data from two social networks, through keywords and hashtags, over seven days. Finally, it was possible to identify, from the data collected in the study, some strategies through which this complex affects women's health. The theme requires special attention from people, in general, but also from health authorities who should propose Health Education and Promotion actions that would allow women to glimpse other life possibilities, in addition to those promoted with the interest of making them docile.

Keywords: child development; health education; gender iniquity; feminism; health iniquities.

RESUMEN:

La subjetividad de los individuos se construye desde la infancia, fundamentada principalmente en los significados sociales que los rodean. En este sentido, es lógico afirmar que los cuentos de hadas, comúnmente presentes en la vida de estos sujetos, permean los procesos de construcción del individuo, por lo que desempeñan un gran papel social en la medida que reflejan inclinaciones sociales e influyen en el desarrollo infantil. A partir de esta afirmación, este artículo buscó comprender cómo repercute el cuento de La Cenicienta en la salud de las mujeres, fundamentado en el escrito “El complejo de Cenicienta” de Colette Dowling (1981). La investigación se realizó a través de un análisis documental desde la perspectiva del concepto del complejo de Cenicienta, presente en el libro del mismo nombre mencionado anteriormente, a partir de la recolección de datos de dos redes sociales, a través de palabras clave y etiquetas, durante un intervalo de siete días. Finalmente se logró identificar, a partir de los datos recolectados en el estudio, algunas de las estrategias a través de las cuales el mencionado complejo afecta la salud de las mujeres. El tema requiere atención especial por parte de las personas, de manera general, pero también de las autoridades sanitarias que deberían proponer acciones de educación y promoción de la salud que permitan a las mujeres vislumbrar otras posibilidades de vida, además de aquellas promovidas con el interés de hacerlas más dóciles.

Palabras clave: desarrollo infantil; educación en salud; inequidad de género; feminismo; inequidades en salud.

INTRODUÇÃO

Os contos de fada^a têm importante papel social na medida em que refletem as inclinações sociais e exercem grande influência no desenvolvimento infantil e na construção da subjetividade do indivíduo. Vale ressaltar que esses são utilizados como instrumentos que auxiliam na educação da criança, fazendo parte da formação do sujeito e criando a ideia de que se deve ter esperança em relação ao êxito das ocasiões.

De modo concomitante, os contos em questão auxiliam na manutenção da desigualdade de gênero, estabelecendo, em suas histórias mais comumente abordadas, hierarquia de gênero, arquétipos femininos, superioridade masculina e outras problemáticas refutáveis.

Dentre os contos mais conhecidos, pode-se citar “Cinderela”. Apesar das diversas versões que foram criadas sobre a história de Cinderela, a mais conhecida é aquela que relata a vida de uma jovem órfã de pai e mãe que, após a morte de seu pai, passa a ser criada pela madrasta, a qual possuía duas outras filhas. As três passam o decorrer da história humilhando Cinderela e a fazendo de serviçal em todas as atividades domésticas.

A problemática da história começa a partir disso, uma vez que Cinderela realiza todos os afazeres domésticos com muito primor, domesticidade e obediência, de forma a naturalizar que lugar de mulher é em casa. O rumo do conto se altera quando a protagonista encontra um príncipe pelo qual se apaixona. Com o auxílio de uma fada madrinha, Cinderela ganha vestimentas elegantes, como o famoso sapatinho de cristal, e uma carruagem que a conduz até o baile.

O conto termina com a transformação da vida de Cinderela ao viver sua história de amor com o príncipe, o qual a liberta da vida que tinha com a madrasta. Esse é um dos contos mais memoráveis para a maioria das crianças, mas se trata, na realidade, de uma história que representa um arquétipo feminino, reiterando a ideia de que a mulher foi criada sob a crença de que sua felicidade depende única e exclusivamente de um homem que lhe ofereça uma vida feliz, ademais dos marcos deixados

a Contos de fadas são histórias comuns com origem no folclore oral de tempos remotos. São curtas e se passam em um mundo belo e fantasioso, com personagens fantásticos, tais como fadas, magos, dragões e etc.



na socialização do sujeito mulher.

Tomando como base o conto da Cinderela, a pesquisadora Colette Dowling, em 1981, estudou e constatou o medo que a maior parte das mulheres têm em relação à própria independência. Dowling é uma escritora branca norte-americana, a qual nasceu em 1938, foi criada em Baltimore/Maryland, e formou-se no Trinity College em Washington, DC, em 1958.

A escritora publicou, no total, oito livros, mas se tornou conhecida pelo livro “Complexo de Cinderela”, best-seller internacional traduzido para 23 idiomas. A base de pesquisa da obra de Dowling (1981) são mulheres brancas, norte-americanas, de classe média e classe média alta, sendo assim, a obra não traz nenhum recorte racial e não se aplica da mesma maneira à realidade de todas as mulheres existentes.

A partir disso, Dowling (1981) afirma que essas mulheres, objetos de seu estudo, possuem em seu inconsciente o desejo de serem cuidadas o tempo todo, de forma a ignorar suas próprias vontades e gostos, tratando, por consequência, a independência como ameaça, denominando esse fenômeno como *Complexo de Cinderela*. Como reitera Xavier (2022), a obediência extrai a autoconfiança, a domesticidade limita a potência criativa e produtiva e as performances de feminilidade minam a autoestima.

O objetivo desta pesquisa foi compreender de que forma o *Complexo de Cinderela*, inicialmente conceituado por Dowling (1981), influencia na saúde das mulheres. O conceito de saúde norteador desse estudo se baseou não apenas na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), revisada em 1998, “estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidades” (Freire; Salgado, 2015), mas também nas ideias de Antonovsky (1987) e Engel (1977), que argumentam a favor de uma abordagem mais holística desse tema, passando a considerar no processo de compreensão da saúde não só os aspectos biológicos, mas principalmente os fatores psicológicos e sociais (Antonovsky, 1987; Engel, 1977).

Ao trabalhar dentro do campo da Saúde Coletiva, este estudo reconhece os determinantes sociais em saúde, fatores sociais que carecem de atenção para entender e abordar as disparidades da saúde (Bourdieu, 1986), e visa destacar a relação do *Complexo de Cinderela* com as categorias de raça, classe e gênero.

Contexto Inspirador

O *Complexo de Cinderela* se trata de uma condição psicológica na qual o sujeito mulher desenvolve o medo inconsciente da independência e atrela sua segurança e salvação a um homem. As crenças produzidas por este *Complexo* se mostram inadequadas, machistas e extremamente limitantes e fazem com que as mulheres se encontrem em um estado estático de frustração constantemente, isso por estarem inseridas em um contexto de inferioridade em relação aos homens.

O que os estudos de Dowling (1981) apontam é que educar as mulheres exclusivamente com



esse intuito não é saudável para elas. Mulheres e homens são seres com dignidade e requerem direitos, oportunidades e liberdades equivalentes, entretanto, ainda hoje, passados mais de quatro décadas desde o lançamento do livro de Dowling (1981), mulheres ainda não são criadas para a liberdade, mas sim para a dependência e obediência.

A condição psicológica em questão resulta em mulheres que acreditam não possuir alternativas, além dos cuidados domésticos, e que sua felicidade está vinculada ao matrimônio heteronormativo. O *Complexo* tem sua origem na infância, afinal, meninas são criadas sob a ideia de que, em algum momento, serão salvas pelo príncipe encantado, seja ele quem for, rumo à felicidade e que, por esse motivo, devem estar sempre esperando, mantendo a ideia de que a felicidade não pode ser obtida por conta própria (Beneton, 2013).

A perpetuação dessa ideia transforma-se em mulheres que deixam de acreditar que podem ser felizes por si só, independentemente da presença e dependência de um homem, de forma a perder sua autodeterminação. Essa percepção de que mulheres são e devem ser dependentes faz com que muitas se encontrem em situação de vulnerabilidade dentro de relacionamentos abusivos, insatisfatórios e, até, violentos.

Dentro do contexto de violência contra a mulher, é importante fazer ressalva a alguns tipos de crueldade comumente vistos nesse cenário. Dentre eles está a violência física, conhecida por demasiada parte do senso comum, que é caracterizada pela utilização da força física, por exemplo, através de socos, empurrões, submissões físicas, ferimentos com objetos e etc. A violência psicológica, muitas vezes subestimada por não apresentar lesão corporal visível, é identificada através de opressões psicológicas, como ameaças, humilhações e intimidações.

Já a violência moral, é cometida através da opressão e/ou exposição da vítima em questão, seja por difamações, chantagens e/ou calúnias, e a violência sexual se trata da imposição de cunho sexual sem consentimento, ou seja, dentro desse espectro se encaixam os abusos, assédios, exposições da ou à nudez, estupros e etc. (Menezes, 2022).

Por fim, também existe a violência patrimonial, que, conforme o artigo 7º, da lei Maria da Penha (Brasil, 2006), trata-se de feitos que resultam no dano direto à bens ou a possibilidade de controle desses por aquele que possui direito sobre os próprios, o que engloba a violência econômica, por exemplo, no contexto de retenção de bens ou capital, impondo a dependência econômica da vítima àquele que toma posse de seus recursos.

Seguindo, o *Complexo* passa a ideia de que a mulher não precisa de si própria para alcançar seus objetivos, mas sim dos outros (Alves; Zandonadi, 2017), o que se relaciona diretamente com a Síndrome da Impostora, por exemplo, a qual foi reconhecida por duas psicoterapeutas norte-americanas no final do ano de 1970. A síndrome referida acomete majoritariamente mulheres e é caracterizada pela autossabotagem e carência de confiança na própria competência e capacidade, resultando em mulheres que possuem uma perspectiva negativa de si mesmas e de seus feitos, fortalecendo a lógica



do demérito.

O *Complexo de Cinderela* tem interferência negativa na autoestima das mulheres e, muitas vezes isso reflete em suas vidas profissionais e resulta na permanência de mulheres em cargos com pouca expressividade nas empresas (Dowling, 1981). Geralmente, tal decisão (ou imposição) está relacionada à crença de que, em cargos subalternos, serão melhor cuidadas.

Da mesma maneira, de acordo com dados da União Interparlamentar, em 2016, as mulheres no mundo eram 22,6% dos representantes do povo no Poder Legislativo, uma porcentagem já expressivamente baixa, sendo que, no Brasil, eram apenas 8,6% do Poder Legislativo (Jade, 2022).

Em 2022, foram eleitas para cargos legislativos, de acordo com o Tribunal Superior Eleitoral (Brasil, 2022), 302 mulheres, o que equivale a 17,8% dos eleitos no geral. Desses 17,8%, apenas 36% são mulheres não brancas, sendo 4% indígenas e 32% negras. Dessa forma, é possível e necessário identificar o *Complexo de Cinderela* nas mais diversas situações e suas respectivas consequências no bem-estar social das mulheres, no Brasil e no mundo, de maneira a reconhecer as heterogeneidades que compõem esse segmento populacional.

Ao longo da história, mulheres pretas foram marginalizadas e subestimadas. Dentro desse cenário, ao afirmar que o *Complexo* influi na existência e saúde das mulheres, é fundamental reconhecer que, no contexto das mulheres pretas, essa dinâmica é ainda mais complexa, pois se correlaciona a iniquidades históricas, sociais e culturais. Trazer a interseccionalidade para dentro das discussões sobre gênero é essencial para que mulheres pretas deixem de ser marginalizadas também dentro dessas pautas e passem a serem vistas, ouvidas e compreendidas para além da lente do sexismo (Hooks, 2019).

É incoerente esperar que mulheres estejam em cargos de liderança, ou exerçam grande representatividade, se essas são criadas e ensinadas a serem dependentes, prendadas domesticamente e tolerantes, para além de, quando inseridas no mercado de trabalho, se encontrarem dentro de um ambiente misógino e racista. É fácil entender o receio dessas em se tornarem indivíduos independentes e autossuficientes ao pensar que cresceram ouvindo histórias de princesas que a todo momento são salvas pelo príncipe encantado e tem sua vida mudada para melhor, sem a necessidade de fazerem algo para além de esperar, ou que sua existência está fora dos padrões de beleza e sucesso.

Falando em beleza, o padrão estético estabelecido é um padrão de beleza europeu que se deu de maneira violenta em alguns países, principalmente no Brasil, que iniciou um processo de escravidão no início do século XVI. As conjunturas que envolvem a construção da supremacia branca, exemplificada nos contos de fadas, resultam no menosprezo em relação à população negra, o que intensifica, por exemplo, o desenvolvimento da dependência emocional, dentro de relacionamentos afetivos envolvendo mulheres negras, já que “encontrar o amor” em uma sociedade racista, para elas, é mais fatigante. Se o padrão de beleza é inalcançável por si só e segue frustrando até mesmo mulheres que vão de encontro a esse, é lógico afirmar a complexidade que sua incidência tem sobre mulheres pretas



e/ou de classe econômica baixa, o que também diz muito sobre o controle de mulheres por meio da influência no destino de suas rendas e o custo do padrão estético ideal.

A crença da necessidade de dependência de um homem, observada em mulheres que sofrem do *Complexo de Cinderela*, aborda muitas questões de gênero, que se relacionam com fatores de raça e classe, os quais precisam urgentemente se tornarem ponto focal das discussões em saúde, pois tem atuação direta na (sobre)vivência das mulheres, a exemplo da maior suscetibilidade da população feminina a violência em decorrência do seu gênero (Escorsim, 2014).

METODOLOGIA

Esse é um estudo exploratório que se deu a partir de uma análise documental sob a perspectiva do conceito do *Complexo de Cinderela*, presente no livro “Complexo de Cinderela - Edição comemorativa de 40 anos: Desenvolvendo o medo inconsciente da independência feminina”, de Dowling (1981). A coleta de dados foi feita de forma manual a partir da pesquisa por palavras chaves e *hashtags* em duas redes sociais, *Instagram*^b e *Twitter*^c, durante um intervalo de sete dias, entre os dias 2 e 8 de junho de 2022.

As palavras-chave foram escolhidas pela pesquisadora com base nos temas que se relacionassem com o *Complexo*, os quais foram identificados a partir da leitura do livro de referência. Foi realizado um brainstorming durante aproximadamente duas horas e todas as palavras que surgiram foram colocadas em um papel de forma aleatória.

Após, através de uma ferramenta de priorização, que evidenciava quais as temáticas mais relevantes para o campo da Saúde Coletiva, foram selecionadas dezenove palavras-chave, sendo essas: Complexo de Cinderela; papéis de gênero; dependência feminina; liderança feminina; contos de fada; dependência financeira; dependência emocional; relacionamento abusivo; relações de gênero; violência doméstica; violência psicológica; discrepância salarial; mulheres no mercado de trabalho; síndrome da impostora; padrão de beleza; equiparação salarial; autodepreciação; patriarcado; e protagonismo feminino.

A matriz de priorização utilizada considerou os seguintes critérios: volume de resultados possíveis, alcance máximo de pessoas afetadas e importância nos processos de saúde. Definiu-se uma pontuação de 1 a 3 para cada um dos critérios e a soma das pontuações resultava no grau de importância da palavra-chave. Foram selecionadas as palavras que obtiveram resultado da soma igual ou maior que 7. A coleta de dados não fez distinção de característica alguma por parte da autoria desses e priorizou resultados que dispunham de maior viabilidade de análise e associação ao *Complexo*.

Os dados obtidos através da pesquisa pelas palavras-chave foram separados em seis categorias, para facilitar a análise dos resultados, sendo elas: Complexo de Cinderela; Papéis de gênero; Mercado de trabalho; Relacionamento abusivo; Síndrome da impostora; e Libertação.

b Disponível em: <https://www.instagram.com>

c Disponível em: <https://twitter.com>



A pesquisa foi feita através de janelas anônimas, entretanto, ressalta-se que, mesmo através de buscas anônimas, há a possibilidade de interferência do algoritmo, uma vez que, os algoritmos estão presentes no cotidiano de maioritária parte dos indivíduos e é necessário um conhecimento muito aprofundado sobre esse para que se possa realizar uma pesquisa sem sua interferência. Por tratar-se de pesquisa documental e em base de dados públicos está dispensada a avaliação prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa conforme o disposto nas resoluções CNS/CONEP nº 510/16 e 674/22.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, os resultados da pesquisa foram meticulosamente organizados em uma planilha^d, incorporando detalhes sobre a rede social de publicação, a categoria correspondente (conforme as seis indicadas na metodologia), a data de publicação e o link de acesso para referência adicional.

É importante ressaltar que essa planilha serve como um recurso suplementar, proporcionando aos interessados uma visão mais aprofundada dos dados coletados. No entanto, a análise e discussão integral dos achados estão incorporadas neste artigo, eliminando a necessidade de acessar a planilha para compreender as conclusões e reflexões apresentadas. A seguir, são detalhados os principais temas identificados, proporcionando uma visão abrangente e acessível das tendências observadas nas publicações coletadas.

Obediência e Domesticação

Reforçando que os contos de fada têm influência incontestável na construção da subjetividade do indivíduo, na medida em que pertencem ao processo de socialização e, por sua vez, ensinam as meninas, espectadoras ou não, a seguirem no caminho da obediência, domesticidade e feminilidade, faz-se necessário ressaltar o universo de Cinderela, a personagem que, em diversas situações durante sua trajetória, posterga infinitamente seus desejos, enquanto indivíduo, em nome da obediência.

Com base nos dados coletados, torna-se evidente que a representação da alegria e contentamento de Cinderela ao realizar as atividades domésticas contribui de maneira explícita para a naturalização da ideia de que o ‘lugar de mulher é em casa’. Além disso, essa narrativa sugere que, para ser considerada uma mulher ‘boa’, todo e qualquer indivíduo do sexo feminino, sem exceção, deveria desempenhar todas as tarefas domésticas sem questionar ou contestar.

A ideia de abdicação das vontades próprias também se aplica a outras esferas da convivência, nas quais mulheres não conseguem dizer “não”, pois foram ensinadas a serem boas e abdicarem de suas vontades (Xavier, 2022).

Padrão de beleza

Cinderela emerge como uma figura que reforça um padrão de beleza questionável e alinhado
^d Em respeito ao Movimento da Ciência Aberta, os dados estão disponíveis em: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACX-1vQfJtpugXtpk8HMqzIxRc8-gxbpJnF0pVrqJ-LS9-9jet2CsYp-TYpa-kM9Dp09KCV2k8UcDhIfXx/pubhtml>



ao estereótipo europeu. Esse modelo, amplamente debatido por diversos movimentos sociais, levanta inquietações, uma vez que a concepção de “beleza” é subjetiva e deveria ser uma apreciação pessoal. A intensa enfatização do padrão branco europeu frequentemente resulta em gastos excessivos com estética e dietas, já que muitas mulheres buscam atender a esse padrão para restaurar a autoestima associada à aparência (Pimenta, 2007), já que, atualmente, a beleza seria um atributo restrito a determinadas mulheres.

Uma consequência evidente desse padrão de beleza, conforme refletido nos dados coletados, é a revelação feita pela atriz Débora Secco. Mesmo estando, em grande parte, alinhada ao padrão predominante, ela compartilhou a experiência de ter recorrido a medicamentos para emagrecer dos 15 anos até um ano após o nascimento de sua filha, totalizando aproximadamente vinte e dois anos. Esse relato destaca como até mesmo mulheres que aparentemente atendem ao padrão podem ser impactadas pela cultura que impõe a ideia de que a verdadeira beleza é alcançada apenas quando se enquadram nos limites restritivos do padrão estabelecido.

Nas demais publicações examinadas, um cenário semelhante se revela, proporcionando uma análise aprofundada sobre a persistência da beleza padronizada. Essas publicações apresentam exemplos de mulheres notáveis que, ao alcançarem maior poder aquisitivo, optaram por submeter-se a diversos procedimentos estéticos, buscando alinhar-se ao conceito convencional de beleza.

Este fenômeno é particularmente elucidativo ao se considerar uma mensagem irônica, amplamente disseminada na internet, que postula que mulheres não são consideradas feias, mas, ironicamente, pobres. Essa mensagem, que viralizou, destaca a objetificação das mulheres ao associar sua atratividade a um status financeiro, evidenciando como são precificadas e valorizadas com base em padrões estéticos. Essas reflexões sublinham a complexidade da questão da beleza na sociedade contemporânea, onde as mulheres são influenciadas a buscar constantemente uma conformidade com padrões muitas vezes inatingíveis.

Além disso, é relevante destacar que, ao se tornar uma meta, que permeia grande parte da existência das mulheres, alcançar o padrão de beleza estabelecido, exemplificado por Cinderela, as conduz a situações de grande perigo, indo além das consequências da insatisfação compulsiva e da associação do corpo à felicidade na saúde mental dessas mulheres.

Correlação de existências

Em uma perspectiva alternativa, alguns resultados suscitam reflexões sobre a concepção de que as mulheres foram moldadas com a premissa de que são uma extensão de outra pessoa, frequentemente um homem. Isso sugere que a existência feminina não é independente, sendo supostamente vinculada à responsabilidade por proteção, sustento e felicidade, muitas vezes associada ao casamento. Não surpreende, dado que, durante a maior parte do século XIX, a identidade e/ou existência jurídica da mulher estavam intrinsecamente ligadas ao matrimônio, incorporando-a na existência jurídica



do marido, percebido como seu protetor e provedor (Zirbel, 2016).

No entanto, essa premissa não deve ser considerada como verdadeira, pois a compreensão atual ressalta que a liberdade é não apenas possível, mas necessária. A dificuldade em alcançá-la reside no medo inconsciente do despreparo para lidar com as implicações que ela acarreta. Esse medo tem origem na educação das mulheres, que foram instruídas e treinadas a evitar desafios, permanecendo em ambientes teoricamente seguros, onde estariam protegidas.

Tais medos estão intrinsecamente relacionados a situações que envolvem um perfil psicológico específico e uma construção social histórica permeada por papéis de gênero, sentimentos de desamparo e, conseqüentemente, uma autopercepção de incapacidade (Silva; Trenhago, 2014). Essa abordagem na criação difere significativamente daquela destinada aos homens, os quais são ensinados, desde o nascimento, sobre a importância da independência e coragem.

Independência

Algumas das publicações analisadas fazem referência a partes do livro de Dowling (1981), que aborda a ideia de que os homens são criados com ênfase na importância da auto-suficiência. Em contraste, as mulheres são expostas à afirmação de que, em algum momento da vida, independentemente de suas circunstâncias, serão salvas pelo sexo oposto. Dowling (1981) discute a questão da mulher considerada independente, argumentando que essa alegação é uma fábula, uma vez que a maioria das mulheres não está internamente liberta, devido à constante incidência das crenças sociais em seu subconsciente que reiteram incessantemente a dependência incontestável de uma figura masculina.

Observou-se relatos de mulheres que, em diversas ocasiões, reproduziram discursos teoricamente libertários e revolucionários que, na realidade, eram uma máscara remodelada pelo patriarcado para manter as mulheres dentro de caixas destinadas a serem controladas, muitas vezes sem terem consciência disso. Essa situação evidencia que a socialização das mulheres ocorre de maneira intensa e desonesta, suprimindo qualquer possibilidade de autonomia.

Essa dinâmica permite a análise do discurso presente na fala de muitas pessoas, conforme também identificado nos dados coletados, que afirma que a garota que acredita em príncipe encantado é ingênua, sugerindo que só há vantagem onde há ingenuidade. É crucial destacar que essa crença, presente dentro do *Complexo de Cinderela*, não se limita apenas às garotas consideradas “ingênuas” por alguns com maior grau de instrução. Na verdade, trata-se de uma construção social que exerce influência sobre a vida de todas as mulheres, independentemente de sua suposta ingenuidade.

Síndrome da Impostora

Além da abordagem anteriormente discutida, é relevante destacar que a concepção de que homens foram criados para a liberdade e liderança, enquanto mulheres para a dependência e obediência, permeia diversos contextos e merece atenção crítica. Uma manifestação comum dessa dinâmica é a



maior incidência e intensidade da Síndrome da Impostora entre as mulheres.

A sociedade, de maneira coletiva, inculcou nelas a crença de serem fraudulentas e não merecedoras de sucesso, mesmo quando esse sucesso é comparativamente modesto em relação aos homens. A dúvida constante sobre si e sua competência afeta as mulheres em várias esferas da vida, minando sua autoconfiança e impedindo o reconhecimento de suas habilidades e potencial.

A Síndrome da Impostora, conforme revelado pelos dados da pesquisa, se traduz no sentimento compartilhado por várias mulheres de não serem bem-sucedidas por mérito próprio e na constante apreensão de que, a qualquer momento, sua suposta fraude será descoberta, gerando sentimentos de inadequação em diversas situações. Esta síndrome afeta mais as mulheres do que os homens, em grande parte devido aos estereótipos de gênero, nos quais os homens são incentivados a buscar aventuras, enquanto as mulheres são orientadas a permanecer em situações consideradas seguras, conforme apontado por Reshma Saujani, fundadora do “Girls Who Code”, uma organização internacional sem fins lucrativos (Nór, 2020).

A criação que direciona as mulheres para a dependência e os homens para a independência contribui significativamente para o ceticismo das mulheres em relação a si mesmas. Os dados coletados apresentam exemplos de pensamentos que indicam a presença da síndrome em foco, tais como: “Eu não mereço estar aqui”; “Eu não sou inteligente o suficiente”; “Essa conquista nem é tão significativa”; ou “Eles estão apenas sendo educados”. Esses padrões de autossabotagem são recorrentes em mulheres que questionam constantemente seu mérito e capacidade, reflexo de uma vida em que não foram incentivadas a ultrapassar limites.

Liderança

A análise dos dados revela que mulheres inseridas em ambientes machistas e racistas frequentemente são diagnosticadas com a Síndrome da Impostora. Uma correlação notável ocorre entre a liderança feminina e a incidência dessa síndrome, evidenciando como a estrutura desses ambientes contribui para minar a confiança das mulheres. Essa constatação é respaldada por uma pesquisa conduzida por Isabel Cuadrado, da Universidade da Almería, que entrevistou 195 pessoas, incluindo homens e mulheres. Os resultados indicam que os estereótipos masculinos foram mais lembrados pelos entrevistados quando o tema estava relacionado a características consideradas importantes em uma liderança (Vitorio, 2019). Esse padrão reforça a complexidade e os desafios enfrentados pelas mulheres que buscam papéis de liderança em ambientes permeados por preconceitos de gênero e raça.

É evidente que uma parte significativa da sociedade não se sente confortável com mulheres ocupando posições de destaque, seja como CEO^e ou líder política. Essa percepção foi consistentemente refletida nos dados coletados, com o protagonismo feminino apresentando uma proporção extremamente baixa em comparação ao masculino. Uma dificuldade notável surgiu ao identificar a resistência de homens brancos heterossexuais em aceitar liderança feminina em diversos contextos e Chief Executive Officer (CEO) é aquele que ocupa o mais alto cargo em uma organização.



profissionais, o que reflete uma construção social que sugere a suposta incapacidade das mulheres. Esse cenário é corroborado por um estudo realizado pela Grant Thornton em 2022, que constatou que apenas 38% dos cargos de alto escalão eram ocupados por mulheres (Grant Thornton, 2022).

A discriminação descrita anteriormente é sistemática, gerando insegurança, sentimentos de incompetência e falta de confiança. Esses são resultados diretos da composição da sociedade com papéis de gênero que moldam percepções individuais e coletivas desde a infância. Não surpreende, portanto, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) não classifique a Síndrome da Impostora como um transtorno. Afinal, essa síndrome é, na verdade, um sintoma social, uma consequência direta das desigualdades e estereótipos de gênero enraizados na sociedade.

Estereótipos de gênero

Em uma discussão, pedir para uma mulher se acalmar automaticamente deslegitima seus argumentos quando avaliados (Frasca; Leskinen; Warner, 2022). Esse fenômeno não ocorre da mesma maneira com homens, que não carregam o estigma de serem considerados “emocionais”. Os estereótipos que envolvem as mulheres, descredibilizando seus argumentos, impactam diretamente na forma como suas ideias são recebidas, refletindo uma lógica social fundamentada nos papéis de gênero.

Nesse contexto, surge o questionamento sobre o motivo pelo qual mulheres em posições de liderança muitas vezes optam por pedir demissão. Isso ocorre porque persiste a mentalidade de que o trabalho destinado às mulheres é o trabalho doméstico. Assim, mesmo sendo mais qualificadas, as mulheres acabam ocupando posições semelhantes às dos homens medianos, que recebem mais reconhecimento simplesmente por serem do sexo masculino.

Em apoio a observação anterior, dados divulgados pelo IBGE em 4 de março de 2021 indicam que, em 2019, as mulheres receberam apenas 77,7% do salário dos homens. Isso ocorreu mesmo com 25,1% das mulheres na faixa etária entre 25 e 34 anos possuindo conclusão do ensino superior, em comparação com 18,3% dos homens (Guedes, 2021). Essas situações são aparentemente contraditórias, uma vez que, de maneira geral, as mulheres demonstram um maior senso de liderança do que os homens. Essa afirmação é respaldada por um experimento social ocorrido em 2000, que se tornou viral após ser transmitido no documentário “Boys and Girls Alone” (Vieira, 2023). O experimento, realizado em um reality show no Reino Unido, colocou dez meninos e dez meninas em casas separadas, sem a presença de pais ou responsáveis.

Apesar das dificuldades enfrentadas por ambos os grupos, as meninas apresentaram maior nutrição, organização e senso de comunidade, evidenciando as consequências sociais das normas de gênero. Isso reforça a discrepância entre a educação que as meninas recebem, orientadas para a responsabilidade, e a hesitação em conceder a elas posições de poder.



Mercado de trabalho

Destacar o assédio direcionado às mulheres no mercado de trabalho é fundamental, como abordado em várias das publicações coletadas. De acordo com a pesquisa “A mulher na Comunicação - sua força, seus desafios” da Associação Brasileira de Comunicação Empresarial (Aberje), 72% das participantes enfrentaram assédio no mercado de trabalho (Ayres, 2022).

A iniquidade de gênero nesse ambiente é evidente, resultado da imposição de papéis de gênero e do assédio, desqualificando as mulheres para o mercado formal e proporcionando uma experiência degradante devido à sua objetificação como indivíduos. A disparidade salarial entre homens e mulheres é outro fator contribuinte para a iniquidade de gênero no mercado de trabalho.

As publicações analisadas afirmam que, na maioria dos casos, as mulheres são condicionadas aos serviços domésticos e, mesmo quando se inserem no mercado de trabalho, enfrentam a necessidade de se esforçar mais para serem reconhecidas igualmente aos homens. Isso ocorre mesmo quando demonstram ser mais capazes, enquanto homens recebem reconhecimento mais amplo, mesmo sendo incompetentes em muitos casos, como também evidenciado nos salários estabelecidos.

Nesse sentido, mulheres negras muitas vezes enfrentam estereótipos duplos, sendo vistas como menos competentes tanto em termos de gênero quanto de raça. Isso impacta negativamente sua progressão na carreira e salários (Akotirene, 2019). Assim, ao abordar a desigualdade de gênero no mercado de trabalho, é imprescindível reconhecer e combater as disparidades raciais simultaneamente. Essa abordagem mais abrangente contribuirá para uma compreensão mais completa dos desafios enfrentados pelas mulheres, especialmente aquelas que enfrentam discriminação tanto de gênero quanto racial.

Alguns dos dados coletados abordam a perspectiva jurídica da disparidade salarial, mencionando o artigo 461 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e o artigo 7º, inciso XXX da Constituição Federal, que garantem a igualdade salarial para trabalhos de igual valor, sem distinção de sexo (Brasil, 1943; Brasil, 1988). Contudo, na prática, é comum encontrar mulheres desempenhando a mesma função ou apresentando desempenho superior a homens e ainda assim recebendo salários inferiores.

É relevante ressaltar que mesmo se houvesse uma equiparação salarial efetiva, isso seria insuficiente sem uma revisão dos papéis de gênero e das construções sociais relacionadas à feminilidade. As mulheres são culturalmente pressionadas a gastar uma parte significativa de sua renda na indústria da beleza, como com procedimentos estéticos, reforçando a crença de que a felicidade está vinculada ao atendimento de padrões de beleza estabelecidos (Wolf, 1990).

Condutas e expectativas distintas

Além disso, é pertinente destacar que os papéis de gênero são firmemente estabelecidos na sociedade, exercendo uma influência predominante nas problemáticas abordadas. É recorrente observar



que homens e mulheres foram instruídos a adotar condutas distintas em relação a um mesmo ponto focal, como o sexo.

A análise dos posts revela que as expectativas em torno do comportamento sexual são distintas para homens e mulheres, refletindo uma construção social profundamente enraizada. No contexto presente, percebemos que a sociedade perpetua uma dicotomia na abordagem do sexo, incentivando comportamentos diferentes com base no gênero. Os homens são encorajados a adotar uma postura mais liberal em relação à sexualidade, enquanto as mulheres são pressionadas a preservar a virgindade e muitas vezes são julgadas quando desafiam essas normas.

Essas divergências comportamentais entre os sexos não têm base biológica; são, na verdade, construções sociais padronizadas. Quando uma mulher age de maneira contrária ao que lhe foi ensinado, é comum que sofra ataques e ofensas por parte da sociedade. Além dos comportamentos individuais, as mulheres também são pressionadas a alinhar seus objetivos a uma mentalidade coletiva que preconiza que toda mulher deve servir ao matrimônio e cultivar a maternidade, por exemplo.

Dentro dessa construção social, a mulher só se realiza quando aceita seu destino fisiológico e abriga em seu ventre a vida de outro ser (Beauvoir, 2009). Esses objetivos coletivos são produtos da socialização das mulheres, restringindo a concepção de sonhos individuais diante das expectativas coletivas.

No que diz respeito ao recorte racial, vale ressaltar que as mulheres pretas enfrentam essas questões de forma ainda mais complexa quando a interseccionalidade com a raça é considerada. Por exemplo, mulheres negras podem enfrentar desafios adicionais devido à interação entre sexismo e racismo, ou que aprofundem as disparidades e ampliem as injustiças sistêmicas.

Estereótipos que hipersexualizam mulheres negras, por exemplo, podem levá-las a serem objetificadas e tratadas de maneira desrespeitosa, impactando sua dignidade, segurança, bem como na construção da sua subjetividade e concepções de vida. Uma análise mais aprofundada dessas questões pode ser encontrada em obras como “Olhos D’Água” de Conceição Evaristo e “A Invisibilidade da Mulher Negra” de Lélia Gonzalez.

Dependência emocional

Explorando uma perspectiva adicional sobre as ramificações do *Complexo de Cinderela*, é possível observar seu impacto na dependência emocional em relação ao gênero masculino. Conforme identificado em uma porção dos resultados obtidos, percebe-se que algumas mulheres internalizam a ideia de que a ausência de um parceiro as coloca em um estado de solidão. Isso reflete uma cultura que enaltece a presença e a suposta necessidade de homens, resultando em mulheres que inconscientemente anseiam por relacionamentos, muitas vezes se colocando em situações propensas a abusos.

A vinculação da validação da existência de uma mulher a um relacionamento amoroso heteronormativo, sob a promessa de segurança emocional e física, revela-se como uma abordagem pro-



blemática. Atrelar a felicidade a um parceiro ideal, especialmente considerando as criações contraditórias que muitas vezes são apresentadas, é uma prática delicada e frequentemente conduz a visões limitadas sobre o eu.

Esse fenômeno impacta diretamente na autoestima, na independência, na percepção de perigo, na autossuficiência e no instinto de sobrevivência das mulheres, culminando em uma série de desafios psicológicos e emocionais. Essa busca incessante por validação externa pode, paradoxalmente, minar a força interna das mulheres e restringir seu potencial de crescimento e autorrealização.

As análises destacam que, em um contexto de dependência emocional, as mulheres sofrem impactos negativos em sua autoestima e autodeterminação. Nessa dinâmica, a formação da identidade feminina fica intrinsecamente ligada a outros, tornando as mulheres vítimas dessa dependência e, conseqüentemente, privando-as da capacidade de agir de forma autônoma.

Diante dessa condição, elas enfrentam dificuldades para tomar decisões independentes e assumir responsabilidades por suas ações, uma vez que toda a construção de sua subjetividade está centrada na existência de outra pessoa. Essa realidade evidencia como a dependência emocional pode minar a autonomia e a autoeficácia das mulheres, perpetuando um ciclo prejudicial para o desenvolvimento pessoal e o exercício pleno de suas potencialidades.

Relacionamentos abusivos

A observação dos resultados destaca uma crítica contundente em relação à concepção do relacionamento ideal, muitas vezes embasada nos contos de fadas. As postagens questionam a perfeição atribuída aos contos de fadas, especialmente no contexto dos relacionamentos amorosos, ressaltando que, na prática, essas narrativas podem ser extremamente problemáticas.

Os contos de fadas são desafiados quanto à sua representação da vida digna das mulheres, revelando-se como uma influência prejudicial que, na realidade, pode levar à necessidade de intervenção psicológica. Essa crítica aponta para a incongruência entre a idealização dos contos de fadas e as complexidades da vida real, enfatizando que desde cedo, as mulheres são incentivadas a uma dependência doentia (Pereira, 2014)

Os desdobramentos do *Complexo de Cinderela* na vida das mulheres frequentemente as colocam em situações de violência, especialmente no âmbito amoroso e afetivo. É relevante sublinhar que os estereótipos tradicionais sobre mulheres em relacionamentos abusivos são inadequados, pois mulheres independentes e empoderadas também podem vivenciar essas situações. Isso evidencia que o fenômeno não está intrinsecamente ligado às características individuais das mulheres, mas sim à estrutura social que as coloca nesses contextos. Um exemplo recente desse cenário foi observado no programa Big Brother Brasil 2023, que quebrou expectativas sobre o estereótipo da vítima e destacou as complexidades de um relacionamento abusivo, indo além da violência física.

A compreensão equivocada de que uma relação abusiva se limita à violência física é desmis-



tificada, conforme discutido anteriormente, uma vez que diversas formas de violência, como a emocional, também estão presentes nesse contexto. Dentro de uma relação abusiva, é comum a vítima desenvolver uma dependência emocional em relação ao agressor (Barreto, 2018), essa dependência intensifica a gravidade da situação, uma vez que a vítima pode naturalizar comportamentos prejudiciais, dificultando o reconhecimento da seriedade das circunstâncias em que se encontra.

Na dinâmica da dependência emocional, é comum que as pessoas julguem a vítima por se encontrar nessas situações, ignorando que muitas vezes ela mal tem consciência do que está vivenciando e não permanece ali por escolha própria. Além disso, ao longo da pesquisa, diversas mulheres que passaram por relações abusivas compartilham em redes sociais as dificuldades enfrentadas para sair dessas situações, evidenciando que, para quem observa a relação de fora, a percepção da gravidade é consideravelmente mais fácil. Esse fenômeno destaca a complexidade da dependência emocional e como ela pode obscurecer a capacidade da vítima de reconhecer a nocividade da relação em que está inserida.

Dependência financeira

Para além da dependência emocional, o relacionamento abusivo frequentemente interfere em diversas áreas da vida das mulheres, incluindo o âmbito profissional. As publicações analisadas destacam como essas interferências se manifestam, evidenciando que, em função do abuso, a permanência no emprego é comprometida. As mulheres submetidas a situações abusivas enfrentam estresse diário, direcionando grande parte de sua energia para lidar com episódios desgastantes de abuso. Isso resulta em recorrentes atrasos ou faltas no trabalho, assim como na queda do desempenho e da produtividade, afetando a satisfação do empregador.

Essa interferência pode resultar no que se conhece como dependência financeira, manifestada no contexto da violência patrimonial. Essa forma de violência se apresenta, por exemplo, na retenção do salário da vítima e na destruição de objetos pessoais e de trabalho, frequentemente acompanhadas de violência psicológica. Embora as formas de coerção associadas à violência patrimonial sejam legalmente reconhecidas como violência pela lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Brasil, 2006), muitas vezes não são identificadas como tal pelas vítimas.

Outro aspecto que contribui para a dependência financeira é a persistência da atribuição das mulheres às atividades domésticas, que, apesar de desempenharem um papel crucial, não são devidamente valorizadas. Em situações em que os homens trabalham fora e as mulheres cuidam da casa e dos filhos, é evidente que o homem só pode desempenhar sua função porque a mulher está constantemente realizando o trabalho não remunerado em casa. Embora essa dinâmica seja clara, o trabalho doméstico ainda não é plenamente reconhecido, o que permite que os homens se apropriem do dinheiro como se fosse exclusivamente “ganho por eles”.



O mito da “Mulher de malandro”

É crucial lembrar que mulheres não permanecem em relações afetivas violentas por escolha própria, mas sim devido a contextos desumanos que as impossibilitam de denunciar seus agressores. A dependência emocional e financeira, por exemplo, figuram como fatores determinantes. Mulheres muitas vezes permanecem em situações de violência devido à socialização, à falta de recursos e a estratégias abusivas. Homens abusivos empregam discursos e comportamentos manipuladores que garantem a imutabilidade da vítima naquela situação (Saunders, 2018).

É recorrente que as estratégias de abuso compartilhem semelhanças entre diferentes relações abusivas, uma vez que os agressores tendem a reproduzir medidas de controle que impedem a vítima de buscar o apoio necessário para sair dessas situações. Por exemplo, afastar a vítima de sua família e amigos visa inviabilizar sua rede de apoio.

Nesse contexto, é comum observar a concessão de perdão por parte da vítima, pois as mulheres são ensinadas desde cedo a serem pacientes, maleáveis e compreensivas. Além disso, são incutidas com a ideia de que os homens amadurecem mais lentamente, necessitando, portanto, de segundas chances.

Em entrevista para *Universa/UOL*, a coordenadora do Grupo de Estudo da Infância (GEIN), Jane Felipe, destaca que as mulheres são vítimas de uma construção social que encurta o tempo de infância e estabelece a valorização da imagem jovem erotizada como sinônimo de amadurecimento (Carasco, 2017). Isso explica a crença social de que as mulheres amadurecem mais rápido que os homens, quando, na realidade, são objetificadas cada vez mais cedo. Em geral, as mulheres não contestam essas concepções coletivas porque são constantemente levadas a questionar suas próprias decisões e negar suas individualidades, sendo coagidas a ponto de não conseguirem quebrar o ciclo de violência.

Meninas são ensinadas a não reagir, a perdoar e a aceitar em diversas situações, o que dificulta suas reações e raramente as liberta de situações abusivas. Essa aprendizagem faz parte de uma estrutura mais ampla que busca mantê-las presas em um ciclo de submissão a situações, agressores, estruturas estatais, afetos traumáticos, entre outros. Esse cenário contribui para o aumento contínuo de mulheres colocadas em situação de “posse” por terceiros, seja em nome do amor, da proteção ou de outras justificativas.

Esse processo sistemático que retira o direito sobre si em relação às mulheres é evidente ao longo da história. Mulheres não foram reconhecidas como indivíduos por um período significativo (Barreto, 2015). O direito ao voto, por exemplo, foi uma conquista tardia e só foi garantido com a promulgação da Constituição de 1934. Esse evento legislativo representou um marco crucial na busca pela igualdade de direitos entre homens e mulheres.

Contudo, é imperativo destacar que a luta pela equidade de gênero persiste em diversas esferas da sociedade, exigindo uma contínua conscientização e ação para promover mudanças substanciais.



Saúde mental

Compreender a influência dos contos de fada, especialmente o de Cinderela, na construção dos sujeitos como indivíduos sociais é crucial para orientar a atuação no contexto da saúde das mulheres. Essa influência resulta em consequências para a saúde que vão além dos traumas físicos evidentes, associando-se a perturbações no âmbito da saúde mental e no bem-estar social das mulheres, o que caracteriza uma quebra da saúde plena.

A frustração é um estímulo poderoso para impulsos destrutivos, e pessoas com quadros depressivos tendem a ter pensamentos relacionados à morte, além de sentimentos de baixa autoestima e autodepreciação (Esteves; Galvan, 2006). Nessa perspectiva, é evidente que a frustração gerada pelo *Complexo de Cinderela* nas mulheres pode levar a episódios nos quais o sentido da existência se perde.

As condições a que as mulheres estão sujeitas no ambiente de trabalho também impactam sua saúde (Unicorp Saúde e Segurança do Trabalho, 2023). Abusos físicos e verbais, caracterizados como assédio, bem como a desvalorização do trabalho, podem desencadear problemas como estresse, ansiedade e depressão. Isso ocorre porque as mulheres enfrentam uma maior pressão no ambiente de trabalho, juntamente com um esforço ampliado em comparação aos homens, buscando reconhecimento e destaque de maneira equitativa.

Saúde é um direito

Diante disso, é possível afirmar que o *Complexo de Cinderela*, juntamente com suas consequências na vida das mulheres, exerce uma forte influência na condição de saúde dessas. Isso ocorre porque provoca danos significativos em diversos aspectos, como a autoimagem, a participação no mercado de trabalho, o envolvimento em relacionamentos problemáticos devido a fenômenos derivados da inércia involuntária, a subalternização em relação ao outro e a objetificação enquanto indivíduo social.

Por fim, é importante ressaltar que o *Complexo de Cinderela* e sua influência na vida das mulheres representam um problema de saúde pública. Essa questão impacta o bem-estar físico, mental e social dessa parcela da população, destacando a importância de abordar esse tema, uma vez que, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido pela Constituição Federal de 1988 e certificado mediante políticas sociais e econômicas para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

CONCLUSÃO

Ao longo deste estudo, destaca-se a importância de abordar uma problemática que impacta a saúde da população, especialmente ao considerar a perspectiva dos sujeitos envolvidos. Analisar a influência do *Complexo de Cinderela* diretamente das experiências das mulheres revela-se crucial,



proporcionando não apenas uma compreensão mais profunda da sequência de eventos que culminam no adoecimento desse grupo específico, mas também estimulando a participação social nesse processo identificativo.

Em síntese, a pesquisa permite concluir que o *Complexo de Cinderela* exerce uma influência significativa na saúde das mulheres. Esta influência se manifesta nas características coletivas resultantes das construções sociais presentes nos contos de fadas, perpetuando situações de violência e desumanidade. Além disso, o *Complexo* contribui para desigualdades de gênero, refletidas em disparidades salariais, síndrome da impostora, objetificação do indivíduo feminino em prol dos desejos do sexo oposto e outras adversidades que impactam negativamente a existência dessas mulheres.

Assim, evidencia-se que o *Complexo de Cinderela* permeia todas as esferas da vida feminina, levando as mulheres a desenvolverem comportamentos prejudiciais à sua saúde e muitas vezes sujeitas a danos externos. Diante desse panorama, ressalta-se a relevância de abordar essa temática para promover a saúde das mulheres.

O impacto do *Complexo* na saúde dessas mulheres não apenas constitui um problema de saúde pública, mas também demanda a formulação e implementação de estratégias preventivas e promocionais por parte dos entes e indivíduos envolvidos no sistema de saúde. Isso também inclui a necessidade de dismantelar concepções coletivas arraigadas sobre desigualdade de gênero e outras construções sociais, estabelecendo os alicerces para mudanças substanciais e aprimorando a saúde global das mulheres, tornando-se imperativo que a educação em saúde inclua aprendizados sobre as questões de gênero, relacionadas a interseccionalidade, e outras construções sociais, visando ajustes essenciais nas concepções coletivas.

Em síntese, a análise dos dados desta pesquisa revela a abrangência e profundidade da influência do *Complexo de Cinderela* na saúde das mulheres. As construções sociais advindas de contos de fadas perpetuam padrões que condenam e mantêm as mulheres em situações de violência, desencadeiam desigualdades salariais, as objetificam, dentre outras consequências que seguem contribuindo para uma série de adversidades que afetam a saúde física, mental e social desse grupo populacional.

Ao compreendermos o *Complexo* como um fenômeno que permeia todas as esferas da vida da mulher, torna-se evidente a necessidade de abordagens abrangentes na promoção da saúde. Este não é apenas um desafio individual, mas um problema complexo de saúde pública que requer intervenções sistêmicas.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE; Carla. *Interseccionalidade*. São Paulo: Polém, 2019.

ALVES, Silvana; ZANDONADI, Antônio. *A mulher moderna e o complexo de Cinderela*. Revista FAROL, Rolim de Moura, v. 3, n. 3, p. 126-141, mar. 2017. Disponível em: <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/viewFile/45/66>. Acesso em: 16 jan. 2023.



ANTONOVSKY, Aaron. *Unraveling the mystery of health*. 1. ed. [S. l.]: Jossey-Bass, 1987.

AYRES, Aurora. *A mulher na comunicação, sua força, seus desafios*: veja resultados da pesquisa e debate sobre carreira com executivos. São Paulo: ABERJE, 2022. Disponível em: <https://www.aberje.com.br/mulher-na-comunicacao-sua-forca-seus-desafios-veja-resultados-pesquisa-debate-sobre-carreira-executivas/>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BARRETO, Ana. *A igualdade entre homens e mulheres no ordenamento jurídico brasileiro*. São Paulo: Saraiva, 2015. Disponível em: https://anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/9875/IGUALDADE_20ENTRE_20HOMENS_20E_20MULHERES_20NO_20ORDENAMENTO_20_20_20_20_20JURIDICO_20BRASILEIRO_1_.pdf. Acesso em: 16 jan. 2023.

BARRETO, Raquel. Relacionamentos abusivos: uma discussão dos entraves ao ponto final. *Revista Gênero*, Niterói, v. 18, n. 2, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/download/31312/18401/106587>. Acesso em: 28 jan. 2023.

BEAUVOIR, Simone (1949). *O segundo sexo*: fatos e mitos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BENETON, Kelly. Os contos de fadas e a formação do ser humano. *Revista Acadêmica Interinstitucional da FALS, FPG e FPS: Periódico de Divulgação Científica da FALS*, [s. l.], v. 7, n. 16, 2013. Disponível em: https://fals.com.br/novofals/revela/REVELA%20XVII/ARTIGO%205_XVI.pdf. Acesso em: 28 jan. 2023.

BOURDIEU, Pierre. As formas de capital. In: RICHARDSON, J. G. (ed.). *Manual de teoria e pesquisa para a sociologia da educação*. [S. l.]: Madeira Verde, 1986. p. 241-258.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 26 jan. 2023.

BRASIL. *Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943*. Aprova a consolidação das leis do trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 26 jan. 2023.

BRASIL. *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 28 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Superior Eleitoral. *Eleições*. Brasília, DF: TSE, 2023. Disponível em: <https://www.tse.jus.br/#/>. Acesso em: 25 jan. 2023.

CARASCO, Daniela. O que está por trás da história de que menina amadurece mais cedo? In: *Universa Uol*, São Paulo, 10 nov. 2017. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2017/11/10/o-que-esta-por-tras-da-historia-de-que-menina-amadurece-mais-cedo.htm>. Acesso em: 6 fev. 2023.



DOWLING, Colette. *Complexo de Cinderela*. 4. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2022.

ENGEL, George. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science, New York, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977. DOI: 10.1126/science.847460. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/>. Acesso em: 2 fev. 2023.

ESCORSIM, Silvana. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. Revista *Katálysis*, Santa Catarina, v. 17, n. 2, p. 235-241, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200009>. Acesso em: 4 jun. 2022.

ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, Canoas, n. 24, p. 127-135, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 2 jan. 2023.

FRASCA, Teresa; LESKINEN, Emily; WARNER, Leah. Palavras como armas: rotular as mulheres como emocionais durante um desentendimento afetou a percebida de seus argumentos. *Psychology of Women Quarterly*, New York, v. 46, n. 4, p. 420-437, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/03616843221123745>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/03616843221123745>. Acesso em: 2 fev. 2023.

FREIRE, Gilson; SALGADO, Mauro. *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*. [S. l.]: Inede, 2015. V. 2.

GRANT THORNTON. *Mulheres ocupam 38% dos cargos de liderança no Brasil, revela pesquisa da Grant Thornton*. In: Grant Thornton. São Paulo, 7 mar. 2022. Disponível em: <https://www.grant-thornton.com.br/sala-de-imprensa/women-in-business-2022/>. Acesso em: 18 set. 2022.

GUEDES, Mylena. Mulheres ganham 77,7% do salário dos homens no Brasil, diz IBGE. In: *CNN Brasil*. São Paulo, 4 mar. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/mulheres-ganham-77-7-dos-salarios-dos-homens-no-brasil-diz-ibge/>. Acesso em: 4 fev. 2023.

HOOKS, Bell. *E eu não sou uma mulher?: mulheres negras e feminismo*. 9. ed. [S. l.]: Rosa dos Tempos, 2019.

JADE, Lília. *Dia Internacional da Mulher: 8 motivos para ser feminista*. [S. l.]: Empresa Brasil de Comunicação, 8 mar. 2016. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/cidadania/2016/03/dia-internacional-da-mulher-oito-motivos-para-ser-feminista>. Acesso em: 1 jul. 2022.

MENEZES, Pedro. *Tipos de violência*. 2022. Disponível em: <https://www.diferenca.com/tipos-de-violencia/>. Acesso em: 29 jan. 2023.

NÓR, Bárbara. Mulheres precisam de mais coragem e menos perfeição no mercado de trabalho. In: *Você S/A*, São Paulo, 27 jan. 2020. Disponível em: <https://vocesa.abril.com.br/geral/mulheres-precisam-de-mais-coragem-e-menos-perfeicao-no-mercado-de-trabalho>. Acesso em: 2 fev. 2023.



PEREIRA, Silvana. *Cinderela: a mulher contemporânea*. 2014. (Trabalho de conclusão de curso) – Graduação em Psicologia. Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Ariquemes, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unifaema.edu.br/handle/123456789/574>. Acesso em: 2 fev. 2023.

PIMENTA, Scyla. Reflexões sobre corporeidade e padrões de beleza a partir de Merleau-Ponty. *Revista de História*, Salvador, v. 4, n. 2, p. 133-145, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rhufba/article/view/28208>. Acesso em: 5 out. 2022.

SAUNDERS, Daniel. Abusive relationships: why it's so hard for women to 'just leave'. In: *The Conversation*, 2018. Disponível em: <https://theconversation.com/abusive-relationships-why-its-so-hard-for-women-to-just-leave-93449>. Acesso em: 5 fev. 2023.

SILVA, Adriana; TRENHAGO, Janinha. Mulheres com medo de dirigir: um olhar além das aparências. In: *Psicologia.pt. O portal dos psicólogos*. Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0371.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2023.

UNICORP SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO. *Como o trabalho afeta a saúde da mulher?* Jundiaí, 2023. Disponível em: <https://unicorpjundiai.com.br/como-o-trabalho-afeta-a-saude-da-mulher>. Acesso em: 9 fev. 2023.

VIEIRA, Nathan. Experimento deixa 20 crianças sozinhas em casa por 5 dias; veja o resultado. In: *Terra*. São Paulo, 17 fev. 2023. Disponível em: <https://www.terra.com.br/byte/experimento-deixa-20-criancas-sozinhas-em-casa-por-5-dias-veja-o-resultado,921df6b1eb32735730344ec240819bfardz0s0h0.html>. Acesso em: 2 fev 2023.

VITORIO, Tamires. Por que as mulheres tendem a ser mais inseguras do que homens no trabalho. In: *Você S/A*. São Paulo, 19 dez. 2019. Disponível em: <https://vocesa.abril.com.br/geral/por-que-as-mulheres-tendem-a-ser-mais-inseguras-do-que-homens-no-trabalho>. Acesso em: 2 fev. 2023.

WOLF, Naomi. *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres*. [S. l.]: Rosa dos Tempos, 2018.

XAVIER, Manuela. *5 sinais que você sofre do Complexo de Cinderela*. 6 jul. 2022. Instagram: @manuelaxavier. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CfmYaaSu8L6/?igshid=YmMyMTA2M2Y=>. Acesso em: 6 jul. 2022.

ZIRBEL, Ilze. Uma genealogia da dependência e suas implicações para o feminismo e a política. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA, 15., 2016, Curitiba. *100 anos da guerra contestado. Historiografia, acervos e fontes*. Curitiba: [s. n.], 2016. Disponível em: http://www.encontro2016.pr.anpuh.org/resources/anais/45/1468193190_ARQUIVO_artigogenealogiadadependencia.Curitiba2016.pdf. Acesso em: 12 fev. 2023.



Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 06 de junho de 2023.

Aceito em 29 de novembro de 2023.

Publicado em 26 de dezembro de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

FERRAZ, Layne Martins. Construções sociais e saúde das mulheres: O poder do Complexo de Cinderela. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 57-78, 2023.





Protocolos de triagem avançada e enfermagem de prática avançada: enfrentando a superlotação nos serviços de emergência

Advanced Screening and Advanced Practice Nursing Protocols: Coping with Overcrowding in Emergency Services

Protocolos de triaje avanzado y enfermería de práctica avanzada: enfrentando el hacinamiento en los servicios de emergencia

Cecilia Biasibetti Soster¹

¹ Doutoranda em Enfermagem pela UFSC. Mestra Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS pelo Grupo Hospitalar Conceição.
<https://orcid.org/0000-0002-5905-6661>
<http://lattes.cnpq.br/6443831704110176>
bcecilia@ghc.com.br

RESUMO

A superlotação dos Serviços de Emergência é um problema de saúde pública mundial. O Protocolo de Triagem Avançada, aplicado por enfermeiros de triagem, surgiu como uma estratégia para reduzir o tempo de permanência dos pacientes nesses serviços, possibilitando a adoção de condutas padronizadas e ações diagnósticas ou terapêuticas precoces, alinhando-se com os princípios do Lean Healthcare. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura de cunho reflexivo que objetivou refletir sobre o uso do Protocolo de Triagem Avançada como um instrumento de resposta à superlotação dos Serviços de Emergência através da redução do tempo de permanência dos pacientes. Estudos internacionais demonstraram resultados positivos com essa intervenção, incluindo melhoria do gerenciamento dos pacientes, redução do tempo de permanência e aumento da satisfação. No Brasil, é necessário avançar nas discussões e regulamentações relacionadas à Enfermagem de Prática Avançada, reconhecendo o papel dos enfermeiros nesse contexto. O uso de protocolos de triagem avançada por enfermeiros requer investimentos em qualificação e treinamento, capacitando esses profissionais para sua aplicação segura e eficaz. Destaca-se a associação dessa intervenção à enfermagem de prática avançada como uma estratégia relevante para enfrentar a superlotação nos Serviços de Emergência e garantir uma assistência resolutiva, ágil e segura aos usuários. **Palavras-chave:** enfermagem; triagem; serviço de emergência; gestão em saúde; lean healthcare.

ABSTRACT

Overcrowding of Emergency Services is a worldwide public health problem. The Advanced Screening Protocol, applied by screening nurses, emerged as a strategy to reduce the length of stay of patients in these services, enabling the adoption of standardized conducts and early diagnostic or therapeutic actions in line with the principles of Lean Healthcare. This was a narrative review of the literature of a reflective nature that aimed to reflect on the use of the Advanced Screening Protocol as an instrument to respond to the overcrowding of Emergency Services by reducing the length of stay of patients. International studies have shown positive results with this intervention, including improved patient management, reduced length of stay, and increased satisfaction. In Brazil, it is necessary to advance in the discussions and regulations related to Advanced Practice Nursing, recognizing the role of nurses in this context. The use of advanced screening protocols by nurses requires investments in qualification and training, enabling these professionals to apply them safely and effectively. The association of this intervention with advanced practice nursing is highlighted as a relevant strategy to face overcrowding in Emergency Services and ensure resolute, agile, and safe assistance to users.

Keywords: nursing; screening; emergency service; health management; lean healthcare.

RESUMEN

El hacinamiento en los servicios de emergencia es un problema de salud pública mundial. El protocolo de triaje avanzado, aplicado por enfermeros de triaje, surgió como estrategia para reducir el tiempo de permanencia de los pacientes en esos servicios, posibilitando la adopción de conductas estandarizadas y acciones diagnósticas o terapéuticas tempranas, en línea con los principios de *Lean Healthcare*. Se trata de una revisión narrativa de la literatura de carácter reflexivo, con el objetivo de reflexionar sobre el uso del protocolo de triaje avanzado como instrumento de respuesta al hacinamiento en los servicios de emergencia, permitiendo la reducción del tiempo de permanencia de los pacientes. Estudios internacionales han demostrado resultados positivos a partir de esta intervención, incluida una mejor gestión del paciente, una reducción de la duración del tiempo de permanencia y un aumento de la satisfacción. En Brasil, es necesario avanzar en las discusiones y regulaciones relacionadas con la enfermería de práctica avanzada, reconociendo el papel del enfermero en este contexto. El uso de protocolos de triaje avanzado a cargo de enfermeros requiere inversiones en cualificación y capacitación, que permitan a estos profesionales su aplicación de forma segura y eficaz. Se destaca la combinación de esta intervención con la enfermería de práctica avanzada, como una estrategia relevante para hacer frente al hacinamiento en los servicios de emergencia y garantizar a los usuarios una asistencia resolutoria, ágil y segura.

Palabras clave: enfermería; triaje; servicio de emergencia; gestión en salud; *lean healthcare*.

INTRODUÇÃO

A superlotação dos Serviços de Emergência é uma constante da sociedade contemporânea. Diariamente as manchetes de jornais e artigos de notícias retratam esse problema, que é considerado um problema de saúde pública mundial e que vem evoluindo com a sociedade (Soster *et al.*, 2022).

Conforme descrito por Jobé, Ghuysen e D’Orio (2018), nos Estados Unidos da América houve um aumento na demanda do Serviço de Emergência (SE) de 14% entre os anos de 1992 e 1998. O Reino Unido convive com um aumento anual de 5%, já a França observou um aumento de 43% nas admissões de pacientes no SE entre 1990 e 1998 e a Bélgica registrou aumento de 36% nas internações hospitalares provenientes do SE entre 1996 e 2000. No Brasil, esse contexto não é diferente. Em um único SE do maior hospital público da região sul do país, no ano de 2011 foram registradas taxas de ocupação de 270% (Grupo Hospitalar Conceição, 2018).

Na busca da solução deste problema, foi desenvolvida a triagem com Classificação de Risco (CR). Criada a partir de práticas militares, a triagem com CR consiste em protocolos que possibilitam identificar, entre os pacientes, aqueles que apresentam maior risco de morte e necessitam prioridade no atendimento (Jobé; Ghuysen; D’orio, 2018; Mackway-Jones; Marsden; Windle, 2017). Esse conceito deu origem, ainda na década de 1990, a diversos protocolos de triagem, entre eles: a Canadian Triage Acuit Scale (CTAS), no Canadá; a ELISA, na Bélgica (Jobé; Ghuysen; D’orio, 2018); a Australasian Triage Scale, na Austrália (Hodge *et al.*, 2013); e o Manchester Triage System (MTS), desenvolvido na Inglaterra (Cooke; Jinks, 1999).

Nos Serviços de Emergência brasileiros, essa prática foi inserida a partir de 2007, com a tradução do Manchester Triage System, que foi chamado no Brasil de Sistema Manchester de Classificação de Risco (Mackway-Jones; Marsden; Windle, 2017). Inicialmente implementado nos serviços de emergência hospitalares, sendo posteriormente expandido para os serviços de emergência pré-hospitalares (UPAS e Pronto Socorros). Sua utilização foi implementada com o objetivo de atender as premissas descritas no Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência



(QualiSUS)^a (Brasil, 2004). Trata-se de um sistema dotado de cinco níveis de risco, classificados por cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, que tem por objetivo identificar, entre os pacientes, aqueles que necessitam ser atendidos de forma prioritária. Cada cor corresponde a um tempo máximo que o paciente pode esperar para atendimento, variando de imediato (CR vermelha) até 240 minutos (CR azul). A classificação é embasada em diversos fluxogramas que iniciam a partir do motivo da consulta (Cooke; Jinks, 1999; Mackway-Jones; Marsden; Windle, 2017). O sistema é dotado de auditorias externas e internas, sendo avaliado continuamente e foi amplamente adotado no Brasil, tanto nos serviços de saúde públicos quanto nos privados (Bittencourt, 2010; Mackway-Jones; Marsden; Windle, 2017).

Essa alternativa mostrou-se eficaz por um período, porém não solucionou o problema da superlotação. Frente à persistência do problema, outra alternativa foi desenvolvida e, atualmente, tem se mostrado eficaz na gestão dos SE é o método resultante de uma adaptação da teoria Lean (Silva, 2012; Vose *et al.*, 2014). Derivada do Toyota Produce System, o Lean Thinking foi descrito pela primeira vez em 1990 por Womack e Daniel Jones como “pensamento enxuto”, que busca o aumento da produtividade através de uma abordagem que visa assegurar a parte certa, no lugar certo, no momento certo, eliminando desperdícios resultantes de processos desnecessários, Just-in-time (Liker; Morgan, 2006; Silva, 2012; Çetin *et al.*, 2022).

A utilização deste método nos serviços de saúde, denominado Lean Healthcare, visa ao desenvolvimento de processos e sistemas organizacionais que objetivam a eliminação do desperdício e a criação de valor para o usuário através de um processo de melhoria contínua. Nos SE, são descritos como desperdícios a serem eliminados (processos que não agregam valor): as esperas, os transportes, as movimentações, as perdas de processos e os erros (iatrogenias) (Bittencourt, 2010; Silva, 2012; Vose *et al.*, 2014). A ampla aceitação desta metodologia de gerenciamento nos serviços de saúde, principalmente nos serviços de emergência, deve-se ao empoderamento e inserção dos profissionais no melhoramento dos processos, incentivando a criatividade e comprometimento, preocupando-se com o bem estar dos trabalhadores buscando melhorias para ambos, usuários e trabalhadores do serviço (Bittencourt, 2010; Silva, 2012).

O presente manuscrito tem por objetivo refletir sobre o uso do Protocolo de Triagem Avançada (PTA) como um instrumento de resposta à superlotação dos Serviços de Emergência (SE) através da redução do tempo de permanência dos pacientes neste serviço. Para realizar esta intervenção de maneira segura e eficaz, propõe-se uma reflexão sobre a associação do PTA aplicado pelos enfermeiros de triagem e a Enfermagem de Prática Avançada (EPA), com a intenção que destacar a importância da qualificação profissional para garantir uma assistência resolutiva, com agilidade e segura ao paciente.

a QualiSUS: Programa governamental lançado em 2004 que objetivou a melhoria dos serviços de emergência no Brasil. Neste programa são estabelecidos pressupostos de gestão e assistência, estão previstos apoio financeiro para melhorias estruturais e aquisição de equipamentos, bem como mudança de processos assistenciais visando a qualificação da assistência ao paciente (Brasil, 2004).



METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura de cunho reflexivo acerca do potencial de contribuição dos protocolos de triagem avançada utilizados por enfermeiros nos serviços de emergência. A partir da síntese narrativa e de uma análise reflexiva, esse método de revisão permite a compreensão aprofundada de características complexas e multifacetadas, identificando lacunas no conhecimento e delineando perspectivas acerca de um tema (Sousa *et al.*, 2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tempo de permanência do paciente no serviço de emergência compreende todo o tempo decorrido entre o registro inicial do paciente até a decisão diagnóstica deste, seja ela internação hospitalar, liberação para o domicílio ou óbito (Cabilan; Boyde, 2017; Cheng; Lee *et al.*, 2013; Rowe *et al.*, 2011). Tempos de permanência prolongados nos SE estão associados a desfechos negativos dos pacientes – como mortalidade, morbidade e internação prolongada – bem como, a custos elevados nesses serviços (Soster *et al.*, 2022).

O Protocolo de Triagem Avançada (PTA) consiste em condutas padronizadas, aplicáveis a grupos específicos de pacientes, onde o enfermeiro de triagem inicia ações diagnósticas ou terapêuticas antes que os pacientes sejam vistos por um médico. Esse movimento possibilita a redução do tempo de permanência do paciente no serviço de emergência, através da reestruturação do processo de trabalho (Douma *et al.*, 2016).

O uso do PTA responde às premissas da teoria Lean Healthcare, onde o tempo que não agrega valor é eliminado, ou seja, com a determinação de ações diagnósticas (como a solicitação de exames) e/ou terapêuticas (como a prescrição de analgesia) realizadas ainda na triagem, o tempo que o paciente espera pelo atendimento médico é utilizado para um fim que agrega valor ao paciente (Silva, 2012). Apesar de ainda não possuir estudos ou diretrizes que regulamentam o uso do protocolo de triagem avançada nos serviços de emergência brasileiros, esta é uma prática frequentemente vista no cotidiano destes serviços. O enfermeiro de triagem adianta alguns processos, com o objetivo de agilizar o fluxo no SE. Essas ações são descritas como Enfermagem de Prática Avançada (EPA), onde o enfermeiro atua de forma especializada e tem competência técnica e habilidade para tomada de decisões com maior complexidade (Miranda Neto *et al.*, 2018).

De acordo com estudo realizado na Bélgica e Inglaterra, o uso do PTA trata-se de um recurso que permite melhorar o gerenciamento dos pacientes e reduzir o tempo de permanência no serviço de emergência a partir de modificações no processo de trabalho (Jobé; Ghuysen; D'orio, 2018; Lindley-Jones; Finlayson, 2000; Soster *et al.*, 2022). Alguns estudos ainda sugerem impactos positivos na redução de custos (Cheng; Castren *et al.*, 2016) e na satisfação dos pacientes e profissionais, melhorando aspectos de qualidade da assistência no SE (Cabilan; Boyde, 2017; Soster *et al.*, 2022).



Aspectos legais do protocolo de triagem avançada no Brasil

No Brasil, não existem publicações que descrevam a utilização de PTA por enfermeiros nos Serviços de Emergência. Entre as justificativas conhecidas para baixa adesão ao PTA, está o amparo legal para sua utilização.

Nos SE brasileiros o processo de triagem é realizado por enfermeiros e frequentemente esses profissionais são questionados quanto a sua competência legal para solicitar exames e prescrever medicamentos. Contudo, a legislação brasileira ampara o profissional Enfermeiro para essas atividades, desde que elas estejam descritas em protocolos institucionais, conforme descreve a Lei 7496/86, intitulada Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, que determina:

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: I – privativamente: [...] i) consulta de enfermagem; [...] II – como integrante da equipe de saúde: [...] c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (Brasil, 1986).

De forma complementar a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determina através da Resolução 195, publicada em 1997, em seu artigo primeiro que o profissional enfermeiro pode solicitar exames complementares quando no exercício de sua profissão (COFEN, 1997). Ambas legislações ratificam a competência técnica do profissional enfermeiro para a solicitação de exames complementares.

Alguns estudos internacionais avaliaram a concordância entre as condutas determinadas pelos enfermeiros de triagem e as condutas determinadas na consulta médica no serviço de emergência. Os resultados apresentados demonstraram concordância elevada entre as decisões destes profissionais e os autores concluíram que é seguro iniciar condutas diagnósticas e terapêuticas nos serviços de emergência a partir de prescrições dos enfermeiros de triagem (Ghanes *et al.*, 2016).

Todavia, os autores destacam os melhores resultados na utilização dos PTA aos Serviços de Emergência que dedicam maior investimento à qualificação e treinamentos dos enfermeiros de triagem, colocando esse fator como um determinante da segurança desta intervenção (Thurston; Field, 1996; Cabilan; Boyde, 2017). Os métodos ativos de ensino-aprendizagem consistem em uma ferramenta útil para desenvolver esses treinamentos, preferencialmente se utilizados de forma objetiva e no ambiente de trabalho dos profissionais. Tais recursos promovem o engajamento dos participantes e estimulam o pensamento crítico e o trabalho colaborativo (Assalin *et al.*, 2023; Malfucci, 2023).

Um Olhar para a Enfermagem de Prática Avançada

A Enfermagem de Prática Avançada (EPA) é definida como uma prática que integra pesquisa, educação, assistência e gestão. Desta forma, o Enfermeiro de Prática Avançada é definido como um profissional com elevada autonomia e competência para tomada de decisões clínicas e gerenciais.

Utilizado pela primeira vez nos Estados Unidos da América, em 1970, o termo “Prática Avançada”



surge para identificar profissionais com alto nível de instrução. A Enfermagem de Prática Avançada está relacionada com um elevado grau de instrução formal, compatível com mestrados e doutorados, que prepara a Enfermeira Prática (Practitioner Nurse) para decisões de elevada complexidade, com embasamento na melhor evidência científica (Oliveira; Toso; Matsuda, 2017).

Esses profissionais surgiram para suprir as necessidades de saúde de populações vulneráveis e remotas, com o objetivo de garantir uma assistência de saúde segura a essas populações. O Conselho Internacional de Enfermagem reconhece e habilita o Enfermeiro de Prática Avançada como um profissional registrado, habilitado para desenvolver as seguintes atividades clínicas: prescrição de medicamentos, solicitação de exames, diagnósticos diferenciais, referenciar e contra referenciar pacientes, ser o profissional de referência para atenção à saúde de uma população (Consejo Internacional de Enfermeras, 2020).

Espera-se destes enfermeiros, um perfil profissional com competências na área de gestão e assistencial, bem como um papel de liderança frente à equipe de enfermagem. Em uma revisão de literatura, del Barrio-Linares (2013) identificou as competências necessárias a um Enfermeiro de Prática Avançada e como são realizadas no cotidiano profissional, disponíveis no Figura 1.

Figura 1 - Quadro demonstrando as competências dos enfermeiros de prática avançada e sua aplicação no cotidiano da enfermagem. Conteúdo livremente traduzido e adaptado de del Barrio-Linares (2013).

Competência	Exemplo Prático
Cuidado direto	• Realizar assistência de enfermagem direta ao paciente e sua família. • Auxiliar o enfermeiro assistencial em cuidados mais complexos. • Estabelecer um pensamento crítico na tomada de decisões, voltadas ao plano de cuidados.
Aconselhamento e ensino	• Ensinar e contribuir para o desenvolvimento dos enfermeiros assistenciais, com demonstrações e exemplos, bem como em momentos estruturados para ensino formal. • Exercer o papel de mentoria de futuros enfermeiros de prática avançada.
Consultoria e colaboração	• Ajudar a solucionar problemas através de consultorias. • Prestar consultoria a outros profissionais, pacientes e familiares, para contribuir para a resolução de problemas específicos. • Prestar consultorias para gerenciamento e liderança de equipes de enfermagem.
Investigação	• Desenvolver um trabalho multiprofissional para resolução de problemas e desenvolvimento da melhoria de práticas. • Participar ativamente de congressos e seminários de enfermagem, realizar estudos e publicações científicas. • Interpretar e traduzir a evidência científica para tornar acessível e utilizável pelos enfermeiros assistenciais. • Criar seminários e momentos de discussão científica nas equipes. • Participar de associações científicas e grupos de estudo.



Liderança	• Atuar junto à alta gestão para o desenvolvimento de projetos e atividades que conduzam à melhoria contínua da assistência de enfermagem. • Criar e cultivar um ambiente saudável de trabalho. • Possuir habilidade de negociação, resolução de conflitos e trabalho em equipe. • Participar ativamente dos processos de tomada de decisão em nível local e institucional.
Tomadas de decisões éticas	• Facilitar a resolução de conflitos éticos.

Fonte: Adaptado pela autora (Barrio-Linares, 2013).

Relatos de sucesso na adoção da EPA em países como Austrália, França e Estados Unidos da América, motivaram as discussões sobre o tema desde 2018 no território brasileiro. A EPA tem sido amplamente discutida pelo COFEN, porém as normatizações para reconhecimento do Enfermeiro de Prática Avançada ainda se encontram em desenvolvimento (COFEN, 2018).

As limitações desse estudo se relacionam ao desenho metodológico proposto que, por tratar-se de uma reflexão sobre o tema não tem a ambição de indicar desfechos. Apesar de não ser replicável, esse estudo atende ao objetivo de qualificar a compreensão e ampliar as discussões acerca da superlotação dos Serviços de Emergência e possíveis maneiras de responder ao problema. Recomenda-se a realização de estudos clínicos, com elevado rigor metodológico para verificar a eficiência dessa intervenção no cenário brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A superlotação nos Serviços de Emergência é um desafio enfrentado em todo o mundo e exige soluções eficazes para garantir uma assistência de qualidade aos pacientes. Neste contexto, o Protocolo de Triagem Avançada (PTA) surge como uma estratégia promissora para reduzir o tempo de permanência dos pacientes nos serviços de emergência. Quando aplicados por enfermeiros de triagem, permite a adoção de condutas padronizadas e ações diagnósticas ou terapêuticas precoces, antes mesmo da avaliação médica, contribuindo para a qualificação e agilidade do atendimento.

Estudos internacionais demonstraram resultados positivos com o uso do PTA, incluindo a melhoria do gerenciamento dos pacientes, redução do tempo de permanência nos serviços de emergência, efeitos positivos na redução de custos e aumento da satisfação tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde. No entanto, no contexto brasileiro, ainda há pouca adesão e falta de regulamentação específica para o uso do PTA por enfermeiros.

É fundamental ressaltar que a legislação brasileira ampara a atuação dos enfermeiros na solicitação de exames e prescrição de medicamentos, desde que respaldados por protocolos institucionais. Além disso, a Enfermagem de Prática Avançada (EPA) desponta como um caminho promissor, capacitando enfermeiros com maior autonomia e competência para tomar decisões clínicas complexas, incluindo a implementação do PTA.

Para alcançar esse objetivo, é essencial que se invista qualificação e treinamento dos enfermeiros



de triagem, capacitando-os a utilizar o PTA de forma segura e eficaz. Além disso, é necessário avançar nas discussões e regulamentações relacionadas à EPA no Brasil, reconhecendo o papel desses profissionais na melhoria dos cuidados de saúde.

Portanto, a reflexão desenvolvida ao longo desse estudo percebe a implementação de PTA por enfermeiros de triagem, associado ao fortalecimento da Enfermagem de Prática Avançada no Brasil, surge como uma estratégia relevante para enfrentar a superlotação nos Serviços de Emergência. Apresentando potencial para garantir uma assistência resolutiva, ágil e segura aos pacientes. Contudo, a adoção dessas práticas requer o engajamento dos gestores de saúde, a qualificação profissional contínua e a valorização do papel dos enfermeiros nesse contexto.

REFERÊNCIAS

- ASSALIN, A. C. B. *et al.* Prática deliberada e prática deliberada em ciclos rápidos para suporte básico de vida: scoping review. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 27, p. e20200372, 2023. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2022-0372pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0372pt>. Acesso em: 14 set. 2023.
- BARRIO-LINARES, M. del. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. *Enfermería Intensiva*, Barcelona, v. 25, n. 2, p.1-6, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.005>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-124496> . Acesso em: 20 jul. 2021.
- BITTENCOURT, R. *A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional*. 2010. 152 p. Tese – (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://bvssp.iciet.fiocruz.br/pdf/25869_bittencourtrjd.pdf. Acesso em: 20 jul. 2021.
- BRASIL. *Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html . Acesso em 20 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *QUALISUS: Política de Qualificação da atenção à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2607_10_12_2004.html. Acesso em: 5 mar. 2020.
- CABILAN, C. J.; BOYDE, M. A systematic review of the impact of nurse-initiated medications in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, New York, v. 20, n. 2, p. 53-62, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2017.04.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1574626717300204>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- ÇETIN, S. B. *et al.* Results of an advanced nursing triage protocol in emergency departments. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, Mumbai, v. 22, n.4, p.200-205, 2022. DOI: <https://doi.org/10.4103/2452-2473.357349>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>



PMC9639741/pdf/TJEM-22-200.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.

CHENG, I. *et al.* Cost-effectiveness of a physician- nurse supplementary triage assessment team at an academic tertiary care emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, Londres, v. 18, n. 3, p. 191-204, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1017/cem.2015.88>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-emergency-medicine/article/costeffectiveness-of-a-physiciannurse-supplementary-triage-assessment-team-at-an-academic-tertiary-care-emergency-department/1F54065F4D32A9A82379B3295B474A1A>. Acesso em: 5 mar. 2021.

CHENG, I. *et al.* Implementing wait-time reductions under Ontario government benchmarks (Pay-for-Results): a cluster randomized trial of the effect of a physician-nurse supplementary triage assistance team (mdrnstat) on emergency department patient wait times. *BMC Emergency Medicine*, Londres, v. 13, n. 1, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-227X-13-17>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24207160/>. Acessos em: 10 mar. 2021.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. *Diretrizes de enfermagem de prática avançada 2020*. 3. ed. Genebra: Consejo Internacional de Enfermeras, 2020. Disponível em: <https://www.2020yearofthenurse.org/uploads/2020/04/ICN-APN-Report-ES-WEB.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Estudo Nacional sobre Enfermagem de Prática Avançada*. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-e-unb-discutem-realizacao-de-estudo-nacional-sobre-praticas-avancadas-de-enfermagem_61477.html. Acesso em: 29 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN - 195/1997*. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelo enfermeiro. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 1997. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html/print/. Acesso em: 29 set. 2020.

COOKE, M. W.; JINKS, S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *Journal of Accident and Emergency Medicine*, Londres, v. 16, n. 3, p. 179-181, 1999. DOI: 10.1136/emj.16.3.179. Disponível em: <https://emj.bmj.com/content/16/3/179.long>. Acesso em: 29 set. 2020.

DOUMA, M. J. *et al.* A pragmatic randomized evaluation of a nurse-initiated protocol to improve timeliness of care in an urban emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, Saint Louis, v. 68, n. 5, p. 1-7, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.06.019>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27480203/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

GHANES, K. *et al.* Modeling and analysis of triage nurse ordering in emergency departments. In: *Conference on Industrial Engineering and Systems Management IESM'15*. Seville, p. 228-235, 2016. DOI: 10.1109/IESM.2015.7380163. Disponível em: <https://hal.science/hal-01265284/document>. Acesso em: 20 jul. 2021.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Inovação tecnológica no enfrentamento da superlotação*



hospitalar: a experiência do hospital nossa senhora da conceição. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2018. Disponível em: <http://online.pubhtml5.com/azza/kmpt/#p=2>. Acesso em: 20 jul. 2021.

HODGE, A. *et al.* A review of the quality assurance processes for the Australasian Triage Scale (ATS) and implications for future practice. *Australasian Emergency Nursing Journal*, Amsterdã, v. 16, n. 1, p. 21-29, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2012.12.003>. Disponível em: [https://www.ausemergcare.com/article/S1574-6267\(12\)00120-6/pdf](https://www.ausemergcare.com/article/S1574-6267(12)00120-6/pdf). Acesso em: 01 jun. 2021.

JOBÉ, J; GHUYSEN, A; D'ORIO, V. Advanced nurse triage for emergency department. *Revista Médica de Liege*, Liege, v. 73, n. 5-6, p. 229-336, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/2268/242969>. Acesso em: 20 jul. 2021.

LIKER, J. K.; MORGAN, J. M. The Toyota way in services: the case of lean product development. *Academy of Management Perspectives*, New York, v. 20, n. 2, p. 5-20, 2006. DOI: <https://doi.org/10.5465/amp.2006.20591002>. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/4166229>. Acesso em: 10 jan. 2020.

LINDLEY-JONES, M.; FINLAYSON, B. J. Triage nurse requested x rays-are they worthwhile? *Journal Accident Emergency Medicine*, Londres, v. 17, p. 103-107, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1136/emj.17.2.103>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10718230/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

MALFUSSI, L. B. H. *et al.* Simulação in situ com a equipe de enfermagem de terapia intensiva: relato de experiência. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 14, p. e-202314, 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202314>. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202314>. Acesso em: 14 set. 2023.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. *Sistema Manchester de classificação de risco*. 2. ed. Belo Horizonte : Folium, 2017.

MIRANDA NETO, M. V. *et al.* Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a atenção primária em saúde? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v.71, n. 1, p. 764-769, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/G7DdtWrzJfLnjFMXF7DT93L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2021.

OLIVEIRA, J. L. C. de; TOSO, B. R. G. de O; MATSUDA, L. M. Práticas avançadas para a gestão do cuidado: reflexão emergente à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v.71, n.4, p. 2181-6, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0115>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9hJyqBrDJpPV3bB5mt9wprB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2021.

ROWE, B. H. *et al.* The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*, Teerã, v. 18, n. 12, p. 1349-1357, 2011. DOI: [10.1111/j.1553-2712.2011.01081.x](https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01081.x). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21692901/>. Acesso em: 20 jan. 2020.



SILVA, B. M. R. V. *Lean healthcare no serviço de urgência geral do Hospital Pêro da Covilhã*. 2012. 42 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã, 2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edsrca&AN=rcaap.portugal.10400.6.1183>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SOSTER, C. B. *et al.* Advanced triage protocols in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 30, p. e3511, 2022. DOI: 10.1590/1518-8345.5479.3511. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35293563/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

SOUSA, L. M. M. *et al.* Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, Porto, v. 1, n. 1, p. 45-54, 2018. DOI: 10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>. Acesso em: 22 nov. 2023.

THURSTON, J.; FIELD, S. Should accident and emergency nurses request radiographs? Results of a multicentre evaluation. *Journal Accident Emergerygency Medicine*, London, v. 13, n. 2, p. 86-89, 1996. DOI: 10.1136/emj.13.2.86. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8653256/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

VOSE, C. *et al.* Using LEAN to improve a segment of emergency department flow. *Journal of Nursing Administration*, Massachusetts, Hagerstown, v. 44, n. 11, p. 558-563, 2014. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000098 . DOI: 10.1097/NNA.0000000000000098. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25340919/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 10 de julho de 2023.

Aceito em 29 de novembro de 2023.

Publicado em 26 de dezembro de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SOSTER, Cecilia Biasibetti. Protocolos de triagem avançada e enfermagem de prática avançada: enfrentando a superlotação nos serviços de emergência. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 79-89, 2023.





Educação para a morte em uma unidade básica de saúde: um relato de experiência

Education for death in a basic health unit: an experience report

Educación para la muerte en una unidad básica de salud: relato de experiencia

Luciamara das Chagas Coelho¹
Fabiane Rossi dos Santos²

RESUMO

Introdução: A morte é um processo pelo qual todo e qualquer ser humano passará, seja pelo seu ou pelo do outro. A educação para a morte surge enquanto uma possibilidade de ação frente ao despreparo existente culturalmente. **Objetivo:** Apresentar um relato de experiência de um grupo de sala de espera sobre educação para a morte na atenção primária à saúde. **Metodologia:** Foram realizados dois grupos de sala de espera nos quais a morte e o luto foram trabalhados por meio de técnicas de perguntas disparadoras e apresentação de figuras. **Resultados e Discussão:** Além do compartilhamento de vivências de luto recente, emergiram outras temáticas de saúde mental, como a depressão e ideação suicida. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são locais importantes para realização destas ações, objetivando tornar o tema mais presente e reduzir o tabu. A educação para a morte também pode ser oferecida para profissionais de saúde, especialmente em processo de formação. A sala de espera acontece em um momento no qual o usuário aguarda por serviços de saúde, o que favorece sua participação, mas requer cuidado, pois atravessa emoções que podem ter difícil manejo por profissionais não capacitados. **Conclusão:** Destaca-se a necessidade de intervenções de educação para a morte e o luto nas formações em saúde, bem como para a sociedade em geral. A UBS é um espaço importante para esse trabalho, pois propicia ações preventivas para abordar o assunto e identificar precocemente casos que demandem acompanhamento.

Palavras-chave: educação em saúde; morte; luto; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Death is a process that each and every human being will go through, either their or the other's. Education for death emerges as a possibility for action in the face of culturally existing unpreparedness. **Objective:** To present an experience report from a waiting room group on death education in primary health care. **Methodology:** Two waiting room groups were conducted in which death and mourning were worked through techniques of triggering questions and presentation of figures. **Results and Discussion:** In addition to sharing recent grief experiences, other mental health themes emerged, such as depression and suicidal ideation. Basic Health Units (BHU) are important places to conduct these actions, aiming to make the theme more present and reduce taboo. Death education can also be offered to health professionals, especially in the process of training. The waiting room happens at a time when the user waits for health services, which favors their participation, but requires care, as they go through emotions that may be difficult to manage by untrained professionals. **Conclusion:** The need for education interventions for death and grief in health training, as well as for society in general, is highlighted. The BHU is a critical space for this work, as it provides preventive actions to address the subject and identify early cases that require follow-up.

Keywords: health education; death; grief; primary health care.

RESUMEN

Introducción: La muerte es un proceso por el cual todo y cualquier ser humano pasará, ya

¹ Psicóloga pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); Pós-graduanda pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônicas-degenerativas do Hospital Universitário da UFJF.
<https://orcid.org/0000-0002-4765-4103>
<http://lattes.cnpq.br/6476085479467821>
luciamarachagas@gmail.com

² Doutora em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da UFJF; Docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFJF; Tutora das Residências Multiprofissionais gestão 2019/2020 e gestão 2023/2024 do HU-UFJF.
<https://orcid.org/0000-0003-0948-2635>
<http://lattes.cnpq.br/0976974025888018>
fabiane.rossi@ufjf.edu.br

sea la suya propia o la de otros. La educación para la muerte emerge como una posibilidad de acción ante la falta de preparación cultural existente. Objetivo: Presentar un relato de experiencia de un grupo de sala de espera sobre educación para la muerte en la atención primaria de la salud. Metodología: Se formaron dos grupos de sala de espera en los que se trabajaron la muerte y el duelo mediante técnicas de preguntas disparadoras y presentación de figuras. Resultados y discusión: Además de compartir experiencias de duelo recientes, surgieron otros temas de salud mental, como la depresión y la ideación suicida. Las Unidades Básicas de Salud (UBS) son espacios importantes para llevar a cabo estas acciones, con el objetivo de hacer más presente el tema y reducir el tabú. La educación para la muerte también se puede ofrecer a los profesionales de la salud, especialmente en el proceso de formación. La sala de espera se lleva a cabo en un momento en que el usuario espera por los servicios de salud, lo que favorece su participación, pero requiere cuidado, ya que atraviesa emociones que pueden ser difíciles de manejar para profesionales no capacitados. Conclusión: Se destaca la necesidad de intervenciones de educación para la muerte y el duelo en la formación en salud, así como para la sociedad en general. La UBS es un espacio importante para este trabajo, ya que brinda acciones preventivas para abordar el tema e identificar tempranamente casos que requieran seguimiento.

Palabras clave: educación en salud; muerte; duelo; atención primaria de la salud.

INTRODUÇÃO

O verbo latim “mori” é associado à mitologia grega ao ser representado como a personificação da morte, mais conhecida como Tanatos, simbolizando em sua imagem e poder as dimensões de fim de vida. A Tanatologia é a área de conhecimento e de aplicação que envolve os cuidados de pessoas que vivem o processo de morte e de adoecimento (Kovács, 2008). Entretanto, percebe-se uma maior discussão sobre esse assunto no ambiente acadêmico.

A morte é um processo pelo qual todo e qualquer ser humano passará, seja pelo seu ou pelo do outro. Quando se trata da perda de outrem, tem-se o processo de luto, que se caracteriza por ser uma reação perante a perda, podendo ser experienciada de diferentes formas a depender de cada um (Parkes, 1998). Freud (2010) considera o luto como um processo doloroso de reinvestimento do sujeito a um outro objeto, ou seja, ele causa um sofrimento, mas é necessário ser vivido para que o enlutado seja apresentado a novas possibilidades de investimento de vida.

Apesar de a morte ser a única certeza da vida, quando as temáticas do luto e da finitude emergem em uma discussão cotidiana, ou até mesmo acadêmica, percebe-se uma dificuldade do sujeito em falar sobre. Isto acontece por ela ser considerada um tabu, algo desafiador e assustador (Pereira, 2012). A partir disso, Ariès (2017) e Menezes (2004) discorrem acerca da interdição da morte, ou seja, a exclusão desta da vivência social, contribuindo para o desenvolvimento desse tabu ao longo da história. Ela não faz mais parte do cotidiano, os enfermos não morrem mais em casa e não são velados em sua residência. A finitude ser considerada um tabu faz aumentar cada vez mais a dificuldade em discutir esse tema em locais que não são propriamente de ensino.

Nos dias atuais, é cada vez mais comum esse distanciamento e negação do humano com a morte (Macedo, 2019). O fim da vida é visto pela televisão, pelos jornais ou qualquer outro meio de comunicação de forma escancarada e impudente (Menezes, 2004). Faz, então, necessário que o fim de vida seja discutido e vivenciado com a sensibilidade que ele mesmo elucida. Para que a morte não seja apenas representada de forma violenta ou distante para o sujeito, a educação para a morte surge



como um importante meio de comunicar, discutir e afetar-se acerca do assunto.

Kovács (2005) propõe a educação para a morte enquanto uma possibilidade de ação frente ao despreparo existente culturalmente. Para a autora, essa educação pode ser entendida tanto como desenvolvimento e aperfeiçoamento pessoal, como também uma preparação para a morte, envolvendo aspectos de comunicação, relacionamento e perdas. Kovács (2005) levanta algumas possibilidades de ação, como em escolas, universidades, instituições de saúde e em espaços comunitários.

Macedo (2019), ao discutir as formas de abordagem de educação para a morte, apresenta como algumas possibilidades: implementação de programas para profissionais de saúde que lidam com pessoas em terminalidade e criação de cursos e discussões sobre a morte e o morrer para adultos, auxiliando na diminuição do medo e ansiedade causados pelo tema. Com isso, o autor acredita que quanto mais cedo a população tiver acesso a essa educação, mais facilmente ela lidará com o fim de vida.

Ao pensar maneiras de dialogar no sistema de saúde, a sala de espera apresenta-se enquanto importante ferramenta de promoção de bem estar, bem como de humanização, promoção de recursos terapêuticos, ressignificação e construção de narrativas (Souza; Daibert; Noé, 2021). Como recurso terapêutico, pode-se conceber esse espaço como preventivo para sofrimentos em saúde mental que perpassam a morte e o luto, como a depressão e o Transtorno do Luto Prolongado, mais recentemente estudado pelos especialistas da área (Delalibera *et al.*, 2017; APA, 2023). Além disso, é um espaço que proporciona a troca de experiências e ao se tratar do processo de morte, percebe-se a importância que essa relação tem com o bom enfrentamento dessa vivência (Swerts *et al.*, 2022).

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um relato de experiência de um grupo de sala de espera direcionado à educação para a morte realizado na atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

A sala de espera foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro São Pedro, em Juiz de Fora-MG, no período de abril a junho de 2023. A abordagem foi conduzida por uma psicóloga residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com ênfase nas doenças crônico-degenerativas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF).

A atividade surgiu como possibilidade de aprendizagem para graduandos da Liga Acadêmica de Interprofissionalidade na Atenção à Saúde (LAIAS). Participaram estudantes dos cursos de fisioterapia, nutrição e biologia. Os ligantes não conduziram os grupos, mas estiveram presentes fomentando discussões e oferecendo suporte para a condutora no que fosse necessário.

Os grupos de sala de espera tiveram como público alvo usuários da UBS que esperavam por consultas, vacinação, realização de exames ou estavam ali como acompanhantes. Como a unidade não possui uma sala de espera bem demarcada, os grupos aconteceram no estacionamento do local, onde normalmente os pacientes aguardam para serem atendidos. O objetivo da realização das intervenções foi proporcionar um espaço de discussão, acolhimento e troca de experiências acerca dos



temas morte e luto, os quais apresentam-se como um tabu na sociedade, principalmente na cultura ocidental.

Os grupos ocorreram em dois encontros, com duração média de 20 minutos, após a reabertura da UBS no período vespertino. Além disso, também foram realizadas discussões posteriores entre a psicóloga residente e os graduandos da LAIAS acerca da experiência de cada grupo. Para a intervenção, foi utilizado um material norteador, elaborado pela orientadora deste trabalho, que contou com perguntas disparadoras e pontos importantes de ação para os coordenadores, como exposto na Tabela 1. A temática foi dividida entre “Falando sobre morte” e “Falando sobre luto”, e trabalhada de forma a integrar ambos assuntos durante a exposição e discussão.

Tabela 1: Perguntas norteadoras.

Falando sobre morte	Falando sobre luto
Quando falamos de morte o que nos vem à mente?	O que é o luto para você?
Quais pensamentos surgem?	Luto acontece só quando perdemos alguém? Quando
Quais sentimentos surgem?	temos uma doença também podemos viver um luto?
Por que a maioria das pessoas têm uma visão negativa e triste sobre a morte?	Como isto pode acontecer?
Por que temos tanta dificuldade em falar de morte?	Cada um tem um jeito particular de viver o luto?
	Luto é a mesma coisa que depressão?
	Realizar psicoeducação sobre estes conceitos.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Além das perguntas norteadoras, os coordenadores também lançaram mão de figuras como elementos impulsionadores de discussão. A primeira figura mostrava sete pessoas, lado a lado, representando o desenvolvimento humano: bebê, criança, adolescente, adulto jovem, adulto, meia idade e idoso. Ela foi utilizada para refletir acerca de pensamentos como: a morte só ocorre na velhice, a pessoa idosa está mais perto da morte, e, até mesmo, discutir acerca da dificuldade na aceitação da morte infantil.

Já a segunda figura apresentava uma flor nascendo de um solo seco, potencialmente impróprio para cultivo. Ela pode ser utilizada tanto para refletir acerca da possibilidade de enxergar a morte por outro ponto de vista, além das formas que isso pode ocorrer; como também para identificar possibilidades de vivenciar o luto e encontrar maneiras de readaptação à vida, além da perspectiva de ter uma vida boa e feliz.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram dos grupos, em média, cinco usuários, entre adultos e idosos. O ambiente de acolhimento e informação proporcionou o compartilhamento de vivências de luto recente destes usuários, formas de enfrentamento, sentimentos e comportamentos ligados ao processo de morte e luto e indagações acerca da dificuldade de discutir essa temática socialmente e recursos de enfrentamento,



como espiritualidade. Além disso, também surgiram questões de saúde mental, como depressão e pensamentos de autoextermínio.

O diálogo foi iniciado com a apresentação dos condutores, seguido da utilização das perguntas disparadoras, convidando os usuários para exporem suas opiniões e experiências. Foi possível perceber uma resistência inicial de ambos os grupos em participarem ativamente, o que pode ser explicado pela pouca discussão da temática no dia a dia da população. Entretanto, essa resistência foi manejada pela psicóloga através de indagações que despertaram o interesse no assunto e puderam aproximar o conteúdo da realidade dos participantes.

Com relação ao tabu existente sobre a finitude, é possível perceber que vários fatores atravessam a percepção que cada sujeito terá sobre a morte, como as características da morte, a natureza da relação de vinculação, as circunstâncias da perda, a história pessoal, a personalidade e as variáveis sociais. Essa forma individual de reagir ao processo de morte, ao ser interpelada pelo viés cultural, faz com que as crenças pessoais, em muitos casos, sejam desadaptativas (Carvalho; Gusmão; Viana-Meireles, 2020). Deste modo, a intervenção realizada pode ter contribuído para a mudança da percepção que os usuários construíram ao longo da vida, através do compartilhamento de experiências, pensamentos e reflexões acerca do modo individual e coletivo de se pensar sobre a vida e a morte.

Ao discutir-se o tema “morte”, foi possível perceber diversos pontos de vista acerca do fim da vida. Alguns participantes reconhecem a morte como parte natural da vida, enquanto outros questionam esse processo ao serem atravessados pela dor que ele pode causar. O sentimento mais recorrente apresentado foi o de tristeza intensa. A utilização das figuras foi um momento em que os participantes da LAIAS puderam contribuir efetivamente na mobilização dos grupos. Eles suscitaram nos usuários questionamentos acerca da idade para morrer e da resiliência após a perda, sendo bem recebido por estes.

Em um dos encontros, durante a abordagem do conteúdo sobre depressão e sua diferenciação do luto, duas usuárias relataram que, após enfrentarem a perda de um ente, consideraram o autoextermínio como uma forma de solução para a dor existente. Os compartilhamentos foram acolhidos pela psicóloga durante o grupo e para ambas foi oferecido um acompanhamento posterior, bem como possibilidade de encaminhamento para serviços especializados. Os participantes acolheram esses compartilhamentos e validaram o sentimento vivenciado pelas usuárias. Sobre a depressão, também foi relatado pelas participantes como sendo algo vivenciado após a perda. Dessa forma, foi realizada, como proposto pelo documento norteador, uma psicoeducação acerca dos conceitos de luto e depressão, bem como enfatizada sua diferenciação e a separação do conceito de luto da concepção de doença.

A partir da manifestação no grupo e do acolhimento dos pensamentos de autoextermínio, foi possível perceber um forte sofrimento desse usuário enlutado, uma vez que o fim da vida, nesse caso, foi visto por ele enquanto ferramenta para cessação da dor e da falta de sentido da vida nessa nova



configuração. A sala de espera apresenta, por sua vez, um teor educativo, sendo necessário que essas falas sejam acolhidas e encaminhadas para serviços especializados. Assim, fazem-se necessárias intervenções de suporte ao luto para que haja uma elaboração adequada desse processo, prevenindo suas complicações (Swerts *et al.*, 2022).

Na educação para a morte é importante a demarcação da diferenciação entre o processo de luto e a depressão, na qual o primeiro pode ser explicado enquanto uma reação à perda ou rompimento de um vínculo, sendo compreendido como uma experiência universal e necessária para essa vivência (Swerts *et al.*, 2022). Já a depressão é caracterizada como um transtorno mental, podendo ser leve, moderada ou grave, e que necessitará de tratamento, seja psicoterápico ou farmacológico. Entre os principais sintomas utilizados para diagnóstico, estão: humor deprimido, diminuição de interesse ou prazer em atividades, perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersonia, fadiga ou perda de energia e pensamentos recorrentes de morte (APA, 2023).

Após a primeira sala de espera, foi realizada uma roda de conversa com leitura e discussão de textos com os estudantes da liga, visto que foram expostas vivências de depressão e pensamentos de autoextermínio pelos participantes, o que levou os graduandos a refletirem sobre o seu despreparo e insegurança para acolhimento e intervenção diante destas temáticas. O despreparo do profissional que conduzirá o grupo pode ficar evidenciado em intervenções como esta, uma vez que as emoções e experiências expressadas no encontro podem ter difícil manejo por aqueles que não estejam plenamente capacitados.

Para Santos, Corral-Mulato e Bueno (2014), uma das justificativas para o despreparo dos profissionais está na negação da morte por eles próprios, que também estão inseridos em uma cultura onde esta é interdita. Assim, quando há um espaço aberto, propício para o surgimento de opiniões variadas acerca da vida e da morte e compartilhamento de experiências de sofrimento mental, o profissional que não passou por uma adequada educação para a morte encontrará dificuldades na condução desta intervenção. Depois da roda de conversa, foi percebida maior segurança dos estudantes em estarem presentes auxiliando na coordenação do grupo.

Segundo o Ministério da Saúde (2023), a Atenção Primária à Saúde abrange um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, bem como de prevenção de agravos. Dentro dessas ações em saúde, encontram-se as intervenções em saúde mental, uma vez que saúde consiste em “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (*International Health Conference*, 2002). A relação desses conceitos e ações se aproximam da temática da morte, ao ser discutida e pensada a partir de um local onde a finitude aproxima-se destes usuários, seja trazida pelas doenças agudas, crônicas ou degenerativas que os fazem pensar na morte, seja por vivências individuais de luto.

Um estudo australiano investigou a experiência de luto em uma população enlutada de 580 pessoas que estavam entre 6 e 24 meses após a perda. Com a pesquisa, foi possível perceber que há



uma busca maior por suporte em saúde mental pelas pessoas que estão em um grupo de risco para o luto, ou seja, aquelas que preenchem critérios para um Transtorno do Luto Prolongado (TLP). Ainda, os autores perceberam que quanto maior o risco, maior a percepção de falta de apoio. Assim, eles notaram que as necessidades diferentes para o cuidado no luto podem ser exploradas por diferentes combinações de estratégias, fornecendo acolhimento em centros comunitários ou também em serviços de saúde, como os serviços de atenção básica (Aoun *et al.*, 2015).

Sendo assim, as UBS's tornam-se espaços importantes para realização de ações de educação em saúde com ênfase na morte e luto, como em salas de espera, grupos de discussão e de troca de experiências (Kovács, 2005). Esses grupos são caracterizados por fomentar discussões e tem como objetivo tornar o assunto mais presente no dia a dia da população, além de reduzir o tabu relacionado a ele.

A sala de espera, em especial, acontece em um momento no qual o usuário está ocioso e aguarda por serviços de saúde, o que favorece sua participação e abre a possibilidade de aprendizagem, trocas de experiências e identificação, além do fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários. Esse momento de reflexão pode ser instrumento de transformação social e ressignificação de hábitos (Feitosa *et al.*, 2019).

Além de ser concebida como espaço de discussão e de transformação do tabu, há também o caráter de promoção e prevenção presente nas atividades da atenção primária. Com relação a isso, é possível identificar a sala de espera enquanto uma intervenção preventiva no que tange ao Transtorno do Luto Prolongado, por exemplo. Esse transtorno é caracterizado por intensas saudades, dificuldade em aceitar a morte, pensamentos intrusivos acerca do falecido, sentimentos de amargura ou revolta e dificuldade em continuar com a própria vida, entre outros sintomas que irão comprometer significativamente as atividades sociais ou ocupacionais de um enlutado (Delalibera *et al.*, 2017).

Dessa forma, a intervenção realizada viabilizou, para os usuários, discussões tanto sobre o processo de luto, como sobre o processo de morte, além do esclarecimento de dúvidas, exposição e compartilhamento de angústias e incertezas e a possibilidade de se pensar sobre esses processos de outra forma. Tais reflexões possibilitam que, quando for necessário lidar com o processo de perdas e luto, o sujeito utilize de formas adaptativas para sua elaboração, proporcionadas e construídas a partir dessa nova ótica sobre a morte e da possibilidade de abertura de contato com os próprios sentimentos (Menezes, 2004).

Pode-se pensar, a partir de estudos já realizados na temática da morte e luto, que é possível a realização de uma prevenção e promoção de saúde mental para populações de baixo risco, como em UBS's e serviços comunitários. Já para a população de risco moderado e alto, é possível agir de forma a prevenir o TLP para os mais suscetíveis e, para aqueles com sinais e sintomas de TLP oferecer acolhimento e suporte qualificado (Aoun *et al.*, 2015).

Não obstante, também foram compartilhados pelos participantes suas formas de enfrentamento. Dentre elas, há um destaque para a espiritualidade, enfatizando sua importância na elaboração do luto



e na valorização desta pelos profissionais na assistência a enlutados. A espiritualidade apresenta-se para o sujeito enquanto uma busca pelo sentido e propósito da vida, sendo subjetiva e diferente para cada indivíduo e relacionada ao autoconhecimento e a conexão pessoal a uma força maior, que pode ser utilizada na elaboração do luto (Portela *et al.*, 2020).

Desta forma, os temas emergidos e abordados no grupo, como as crenças sobre a morte, a psicoeducação sobre o luto, as diferenças entre luto e depressão, a importância de estratégias de enfrentamento, como a espiritualidade, são considerados fundamentais nos trabalhos de educação para a morte a serem realizados em diferentes espaços no campo da saúde.

O trabalho apresentou limitações no que tange ao insuficiente preparo prévio dos estudantes da LAIAS para o auxílio na condução e ter acontecido na parte da tarde, momento no qual a unidade fica mais esvaziada. Salas de espera pela manhã podem ter maior participação dos usuários do território.

CONCLUSÃO

Enfatiza-se, portanto, a necessidade de intervenções de educação para a morte e o luto, sendo que a atenção primária à saúde se destaca como um campo importante para esse trabalho, pois, neste cenário, há a possibilidade de serem trabalhadas ações preventivas para abordar o assunto e identificar precocemente casos que demandem acompanhamento. Entretanto, verifica-se uma escassez na literatura acerca da educação para a morte nas UBS's, mesmo com seu potencial preventivo e promotor de saúde e sendo um espaço propício para discussão do tema pelas comunidades e usuários.

Contudo, a saúde, de forma geral, apresenta-se como objetivo de trabalho para a educação para a morte, uma vez que está intrinsecamente ligada ao processo de vida e de finitude, bem como os desdobramentos que eles trazem. Além dos espaços de saúde, também emerge a necessidade de serem feitas mais atividades em outros ambientes, como escolas, espaços comunitários e na formação de profissionais de saúde e de educação.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5-TR*: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ARIÈS, P. *História da morte no ocidente*: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.

AOUN, S. M. *et al.* Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and support need. *PLOS ONE*, San Francisco, v. 10, n. 3, p. e0121101, 26 mar. 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0121101>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O que é atenção primária?* Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde,



2023. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria. Acesso em: 5 set 2023.

CARVALHO, G. F.; GUSMÃO, E. É. S.; VIANA-MEIRELES, L. G. Evidências de validade semântica e de conteúdo na construção de um instrumento de avaliação da percepção sobre a morte e o luto. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, Canoas, v. 8, n. 1, p. 17-28, 28 fev. 2020. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/53220/1/2020_art_gfcarvalhoeesgusmao.pdf. Acesso em: 30 set. 2023.

CONFERENCE, I. H. Constitution of the World Health Organization. 1946. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 80, n. 12, p. 983-984, 2002. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/268688?&locale-attribute=pt>. Acesso em: 30 set. 2023.

DELALIBERA, M. *et al.* Adaptação e validação brasileira do instrumento de avaliação do luto prolongado. *Psicologia - Teoria e Prática*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 94-106, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v19n1/v19n1a06.pdf>. Acesso em: 30 set. 2023.

FEITOSA, A. L. F. *et al.* Sala de espera: estratégia de educação em saúde no contexto da atenção básica. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 67-70, 7 jan. 2019. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/6401>. Acesso em: 30 set. 2023.

FREUD, S. Luto e melancolia (1917 [1915]). In: FREUD, S. *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 18, n. 41, p. 457-468, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/jQrBZXqtr35w7Y8pqCFcTJH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2023.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/SkwBgq7Xm8GLKJpQxmMMpDh/>. Acesso em: 30 set. 2023.

MACEDO, J. C. An approach to death education. *MOJ Gerontology & Geriatrics*, [s. l.], v. 4, n. 6, 2019. Disponível em: <https://medcraveonline.com/MOJGG/an-approach-to-death-education.html>. Acesso em: 30 set. 2023.

MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

PEREIRA, J. C. A morte como tabu. *Revista do Núcleo de Estudos de Religião e Sociedade (NURES)*, São Paulo, n. 22, p. 1-21, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/nures/article/view/21185>. Acesso em: 30 set. 2023.

PORTELA, R. A. *et al.* A espiritualidade no enfrentamento do luto: compreender para cuidar. *Brazilian Journal of Development*, São José dos Pinhais, v. 6, n. 10, p. 74413-74423, 2 out. 2020. Di-



Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/17645>. Acesso em: 30 set. 2023.

PARKES, C. M. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 81-82, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/WrxRHwjpCHvyt-6zC9qGsMNF/>. Acesso em: 30 set. 2023.

SANTOS, J. L.; CORRAL-MULATO, S.; BUENO, S. M. V. Morte e luto: a importância da educação para o profissional de saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v. 18, n. 3, 3 ago. 2015. Disponível em: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/5196>. Acesso em: 30 set. 2023.

SOUZA, K. S. S.; DAIBERT, D. O. M. M.; NOÉ, P. A. A. B. A sala de espera com a psicologia como lugar de suporte ao familiar cuidador do paciente renal crônico em hemodiálise: um relato de experiência. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 47, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/35562>. Acesso em: 30 set. 2023.

SWERTS, L. S. *et al.* Grupo Enlutar: uma intervenção-piloto de suporte psicológico a adultos enlutados. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 48, p. 1-6, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/39043>. Acesso em: 30 set. 2023.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 30 de setembro de 2023.

Aceito em 05 de dezembro de 2023.

Publicado em 26 de dezembro de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

COELHO, Luciamara das Chagas; SANTOS, Fabiane Rossi dos. Educação para a morte em uma unidade básica de saúde: um relato de experiência. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 90-99, 2023.





Atuação da preceptoria na residência multiprofissional no ambulatório de dor de um Hospital Universitário: um relato de experiência

Performance of the preceptorship in the multiprofessional residence in the pain outpatient clinic of a University Hospital: an experience report

Función de la tutoría en la residencia multidisciplinaria en el servicio ambulatorio del dolor de un hospital universitario: relato de experiencia

Gláucia Cópia Vieira¹
Anna Paula Campos Sarchis²
Maria Priscila Wermelinger Ávila³

RESUMO

Introdução: No Brasil, observa-se uma população de difícil tratamento, são os portadores de dores crônicas. Em 2019, no Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU-UFJF/ EBSEH) criou-se o Ambulatório Multiprofissional da Dor (AMD). Durante as avaliações dos pacientes, foi encontrado um número expressivo de pessoas com ideações suicidas. **Objetivo:** Promover um processo de ensino-aprendizagem, utilizando metodologias ativas, estimulando o aperfeiçoamento profissional dos residentes no tratamento de pacientes com dor crônica e ideações suicidas. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência de um projeto de intervenção do tipo Plano de Preceptoria que foi realizado no HU-UFJF/EBSEH, no Ambulatório Multiprofissional da Dor. Os participantes do projeto foram os Residentes Multiprofissionais em Saúde do Adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas, envolvendo as áreas de fisioterapia, educação física, nutrição, assistência social e psicologia. A condução do projeto ficou a cargo de duas fisioterapeutas que atuam como Preceptoras. **Considerações finais:** Este trabalho destaca a necessidade de qualificação na área da residência em saúde em relação à dor crônica no Brasil. Conclui-se que o projeto apresentou uma abordagem abrangente e inovadora para o tratamento da dor crônica, destacando a importância da formação profissional, do enfoque biopsicossocial e do cuidado com a saúde mental dos pacientes e dos profissionais envolvidos.

Palavras-chave: preceptoria; dor crônica; ensino.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, there is a population with difficult treatment with chronic pain. In 2019, the Multiprofessional Pain Outpatient Clinic (AMD) was created at the University Hospital of Juiz de Fora (HU-UFJF/ EBSEH). During patient evaluations, a significant number of people with suicidal ideations were found. **Objective:** To promote a teaching-learning process using active methodologies, stimulating the professional improvement of residents in the treatment of patients with chronic pain and suicidal ideations. **Methods:** This is an experience report of an intervention project of the Preceptorship Plan type that was conducted at HU-UFJF/EBSEH at the Multiprofessional Pain Outpatient Clinic. The project participants were Multiprofessional Residents in Adult Health with an emphasis on chronic degenerative diseases, involving the areas of physiotherapy, physical education, nutrition, social work, and psychology. The project was led by two physiotherapists who work as Preceptors. **Final considerations:** This work highlights the need for qualification in the area of health residency to chronic pain in Brazil. It is concluded that the project presented a comprehensive and innovative approach to the treatment of chronic pain, highlighting the importance of professional

¹ Fisioterapeuta do HU-UFJF/Ebserh. Mestre em Ciências da Reabilitação e Desempenho Físico-Funcional pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3089-3968>
<http://lattes.cnpq.br/3609900841933078>
glaucciapiovieira@gmail.com

² Fisioterapeuta do HU-UFJF/Ebserh. Mestre e doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
<https://orcid.org/0000-0003-0357-6462>
<http://lattes.cnpq.br/3929434637594125>
campossarchis@gmail.com

³ Fisioterapeuta do HU-UFJF/Ebserh. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela UFJF. Especialista em Fisioterapia em Gerontologia pela ABRAFIGE.
<https://orcid.org/0000-0002-0852-1914>
<http://lattes.cnpq.br/3596506235229207>
maria.avila@ebserh.gov.br

training, a biopsychosocial approach, and care for the mental health of patients and professionals involved.

Keywords: preceptorship; chronic pain; teaching.

RESUMEN

Introducción: En Brasil, un desafío que presenta gran dificultad es el tratamiento de la población que sufre de dolor crónico. En 2019, en el Hospital Universitario de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH) se creó el servicio Ambulatorio Multidisciplinario del Dolor (AMD). Durante las evaluaciones de los pacientes, se encontró un número importante de personas con ideación suicida. **Objetivo:** Promover un proceso de enseñanza-aprendizaje, utilizando metodologías activas, estimulando el crecimiento profesional de los residentes en el tratamiento de pacientes con dolor crónico e ideación suicida. **Métodos:** Se trata de un relato de experiencia de un proyecto de intervención de tipo Plan de tutoría, llevado a cabo en el HU-UFJF/EBSERH por el servicio Ambulatorio Multidisciplinario del Dolor. Los participantes del proyecto fueron los residentes multidisciplinarios en salud del adulto con énfasis en enfermedades crónico-degenerativas, involucrando las áreas de fisioterapia, educación física, nutrición, asistencia social y psicología. La conducción del proyecto estuvo a cargo de dos fisioterapeutas que se desempeñan como tutoras. **Consideraciones finales:** Este trabajo realza la necesidad de cualificación en el área de residencia en salud en relación con el dolor crónico en Brasil. Se concluye que el proyecto presentó un enfoque integral e innovador en lo que se refiere al tratamiento del dolor crónico, resaltando la importancia de la formación profesional, el enfoque biopsicosocial y el cuidado de la salud mental de los pacientes y profesionales involucrados.

Palabras clave: tutoría; dolor crónico; enseñanza.

INTRODUÇÃO

No contexto da atual saúde pública do Brasil, observa-se uma população de difícil tratamento e que gera grandes gastos aos cofres públicos. Dentre eles estão os portadores de dores crônicas (DC). De acordo com a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBDE), entre 30% a 50% da população brasileira, relatam sentir dor crônica (Siqueira, 2014).

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), caracteriza-se como dor crônica: “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”; dor que persiste depois do tempo esperado para cura ou cicatrização (normalmente 3 meses) (Raja *et al.*, 2020).

O novo conceito de dor, veio associado com notas importantes que agregam informações que são: (1) A dor é sempre uma experiência subjetiva, que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais; (2) Dor e nocicepção são fenômenos diferentes; a experiência de dor não pode ser deduzida pela atividade nas vias sensoriais; (3) Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor e suas aplicações; (4) O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser aceito como tal e respeitado; (5) Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico; (6) A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor (Raja *et al.*, 2020).

Pode-se verificar que a dor crônica possui causas biopsicossociais. O Modelo Biopsicossocial é compreendido como uma abordagem humanística e estuda comportamentos e experiências,



almejando desvelar significados e interpretações subjacentes, e reconhece a peculiaridade e complexidade da experiência humana (Traverso-Yepetz, 2001).

A partir da constatação de não haver dentro do hospital Universitário de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH) uma equipe que abrangesse todas as necessidades de um paciente portador de dor crônica, criou-se o Ambulatório Multiprofissional da Dor (AMD) em fevereiro de 2019. Este novo serviço objetiva oportunizar ao paciente uma visão mais ampla do seu tratamento e aos residentes a oportunidade de transformarem-se em profissionais mais completos, com essa nova experiência inovadora e que não é fornecida nas mais diversas graduações em geral.

Em vista disso, o ambulatório criado oferece atendimento biopsicossocial, que considera fatores somáticos, biológicos, psicológicos, sociais e emocionais como parte do processo da dor e os residentes desempenham um papel fundamental nesse processo.

Utiliza-se nesse ambulatório vários tipos de metodologias ativas com os alunos para que o processo de ensino aprendizagem seja mais efetivo e mais estimulante. Ocorrem momentos de capacitações, de devolutivas das avaliações, de confraternizações, atividades externas e de estímulo à leitura de artigos científicos baseados em evidências sobre essa temática, entre outros.

O uso de metodologias ativas baseia-se na premissa da construção do conhecimento pelo próprio aluno, promovendo uma aprendizagem significativa e duradoura. Metodologias ativas de ensino são importantes no campo da educação por colocarem os alunos no centro do processo de aprendizagem, tornando-os participantes ativos em sua própria educação (Souza *et al.*, 2016). Foi demonstrado que essas metodologias melhoram a compreensão, a retenção de informações e o desenvolvimento de habilidades cognitivas de ordem superior (Bachur *et al.*, 2020). Na residência multiprofissionais na área da saúde essas metodologias podem ser usadas pelos preceptores para fornecer orientação e apoio aos residentes, com o objetivo de melhorar as estratégias de ensino e aprendizagem (Rodríguez-García *et al.*, 2022). Estudos sobre essa temática demonstram que as metodologias ativas de ensino são eficazes para melhorar a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades entre estudantes e residentes (Sanglard *et al.*, 2022). Portanto, a incorporação de metodologias ativas de ensino em programas de residência pode aprimorar ainda mais a experiência de aprendizado e melhorar as competências dos profissionais de saúde. Tais abordagens estão alinhadas com teorias como a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Aprendizagem Baseada em Equipes (ABE), que enfatizam a resolução de problemas práticos e a colaboração entre os participantes.

Uma pesquisa de Hitchcock *et al* (1994) descobriu que 50% dos pacientes com dor crônica tinham pensamentos de cometer suicídio devido ao seu distúrbio de dor. Outro estudo sugere que a dor crônica leva e/ou exacerba depressão, gera desesperança, facilita o desejo de fuga e acaba por levar a uma diminuição do medo natural de morrer. Ou seja, processos psicológicos específicos e mensuráveis conspiram para aumentar o risco de suicídio em pacientes com condições de dor crôni-



ca. (Hooley *et al.*, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), o suicídio é o ato deliberado, intencional, de causar a morte a si mesmo. Deve existir evidência (explícita ou implícita) de que o ato foi autoinfligido e de que o indivíduo tenha a intenção de acabar com a própria vida (O'Carroll *et al.*, 1996).

Este problema, trouxe uma grande preocupação para a equipe de residentes, pois não havia um preparo para lidar com essa situação. Para vencer estes desafios, este projeto propôs uma intervenção do tipo Plano de Preceptoria para suprir essa demanda apresentada pela equipe de residência multiprofissional.

Assim, a intervenção proposta teve como objetivo promover um processo de ensino-aprendizagem, utilizando metodologias ativas, estimulando o aperfeiçoamento profissional dos residentes no tratamento de pacientes com dor crônica e ideações suicidas.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de um projeto de intervenção do tipo Plano de Preceptoria que foi realizado no Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH), no Ambulatório Multiprofissional da Dor (AMD), situado no setor de Reabilitação/Fisioterapia da Unidade Dom Bosco. O AMD recebe residentes das profissões de fisioterapia, educação física, nutrição, assistência social e psicologia, sendo a equipe composta por duas fisioterapeutas que atuam como Preceptoras.

Local e Período:

O projeto foi implementado no AMD, desde fevereiro de 2019 até o presente momento. O Ambulatório opera em horário regular, com atendimentos ocorrendo mensalmente na última segunda-feira do mês.

Critérios de Seleção:

Os participantes do projeto foram os Residentes Multiprofissionais em Saúde do Adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas, envolvendo as áreas de fisioterapia, educação física, nutrição, assistência social e psicologia. A seleção dos residentes baseou-se na participação voluntária e no interesse em se envolver com a abordagem da dor crônica e ideações suicidas.

Coleta de Dados:

Os dados foram coletados por meio de diário de campo das preceptoras e de fichas interprofissionais preenchidas pelos diversos profissionais durante os atendimentos no AMD. Essas fichas foram elaboradas pelas Preceptoras em colaboração com as primeiras residentes que passaram pelo AMD. Além disso, as avaliações mensais, a produção da Cartilha Educativa e o *feedback* final foram considerados dados qualitativos para análise.

Metodologias Ativas:

As metodologias ativas, mencionadas no texto, são ferramentas pedagógicas que envolvem



os participantes de forma ativa no processo de aprendizagem. No contexto do AMD, foram aplicadas principalmente durante as capacitações, discussões de casos clínicos e produção da Cartilha Educativa para residentes.

Aplicação na Experiência:

Durante o acolhimento dos novos residentes, as metodologias ativas foram empregadas para fornecer um conteúdo amplo sobre dor crônica e explicar o funcionamento do AMD e das avaliações. O uso de dinâmicas, discussões em grupo e resolução de casos práticos permitiu uma assimilação mais efetiva do conhecimento.

No final de cada atendimento, foi instituído um horário de troca de informações, dúvidas e conhecimentos, proporcionando uma abordagem ativa para a consolidação do aprendizado. Além disso, as capacitações mensais e a produção da Cartilha Educativa envolveram os residentes de maneira participativa, incentivando a pesquisa, a discussão e a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos.

A metodologia ativa foi integrada à discussão de casos clínicos, proporcionando uma análise mais profunda e participativa das situações enfrentadas no AMD. Essas atividades foram orientadas pelos princípios da aprendizagem ativa, proporcionando uma experiência educacional mais envolvente e prática.

Avaliação:

A avaliação do projeto incluiu a análise do desempenho dos residentes na produção da Cartilha Educativa, além de um *feedback* final tanto dos residentes como dos preceptores. Essa avaliação visou não apenas mensurar o conhecimento adquirido, mas também a eficácia das metodologias ativas empregadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ambulatório Multiprofissional da Dor foi implantado diretamente com o auxílio dos Residentes Multiprofissionais em Saúde do Adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas. A princípio, foi elaborado uma ficha interprofissional, que engloba todos os aspectos da dor e que pode ser preenchida por qualquer um dos profissionais envolvidos no atendimento. Essa ficha foi construída pelas Preceptoras e pelas primeiras residentes que passaram pelo AMD.

O funcionamento da preceptoria atualmente ocorre da seguinte forma: no primeiro dia é realizado acolhimento dos novos residentes, trazendo um conteúdo vasto sobre dor crônica e é explicado o funcionamento do ambulatório e das avaliações. A partir do segundo dia, instituímos para todo final de atendimento um horário de troca de informações, dúvidas e conhecimentos. Na última segunda-feira do mês (dia de funcionamento do AMD), é realizada discussão dos casos clínicos e capacitações, utilizando metodologias ativas. Como uma das formas de avaliação, solicitamos que as residentes produzam uma Cartilha Educativa para os novos residentes sobre o tema.

Ao final do eixo transversal nesse ambulatório, abrimos espaço para um *feedback* final tanto



dos residentes como dos preceptores, a fim de elaborar estratégias que possam ser melhoradas para uma nova turma que irá chegar. Ocorreu também a implantação de educação permanente e continuada, além de produzir material de consulta para as residentes que estão por vir.

Os casos tratados são analisados e discutidos pela equipe que, conjuntamente, define os próximos passos a serem seguidos em relação a cada paciente. Caso seja observada a necessidade de uma abordagem individual, o paciente aguarda sua vaga ser disponibilizada na área específica. Porém, a maioria deles passa por um processo de Educação em Dor, que ocorre uma vez por mês durante seis meses, e este processo é elaborado pelas residentes.

Nas reuniões mensais de Educação em Dor são abordadas várias temáticas relacionadas à dor, como aspectos nutricionais, psicológicos e sociais, nos quais os residentes são estimulados a buscar novas formas de abordar o tema ao longo do tratamento dos pacientes.

Mediante a constatação sobre a prevalência de ideações suicidas durante as avaliações, uso indiscriminado de opioides e tentativas anteriores de suicídio, buscamos implantar junto a equipe de residentes capacitações sobre o tema, promover um fluxo de encaminhamento individuais a psicologia, estímulo junto aos profissionais de psicologia de forma responsável, trazer esse tema para o grupo de educação em dor junto aos pacientes.

As ações planejadas para a intervenção afim de estimular o aperfeiçoamento profissional dos residentes no tratamento de pacientes com dor crônica e ideações suicidas foram:

- Analisar o problema, perceber sua magnitude e buscar soluções imediatas e a longo prazo para suprir as necessidades das residentes;
- Listar o que o grupo entendia sobre o Suicídio, levantamento de questões e formulação hipóteses;
- Realização de um relatório do problema, contactando a tutoria e buscando ideias.
- Preparação de uma lista do que é necessário aprender, desmistificar e trabalhar novos conceitos.
- Análise da adequação de um material para a leitura prévia dos residentes sobre o assunto;
- Listar possíveis ações de acordo com os recursos que demandamos e distribuição de funções entre os membros da equipe.
- Analisar as informações obtidas, o que foi aprendido e como será colocado em prática.
- Preparação de um relatório com as soluções propostas e avaliar como foi a experiência nos cenários de prática.

A literatura atual sobre dor crônica, suicídio e educação em saúde proporciona *insights* valiosos que podem ser aplicados em diferentes contextos, destacando áreas específicas que podem ser aprimoradas, especialmente no que diz respeito à residência multiprofissional em saúde. Pesquisas indicam que estratégias de aprendizado baseadas em simulação contribuem significativamente para o aprimoramento das habilidades necessárias no tratamento da dor crônica na prática dos profissionais de saúde (Scheidecker *et al.*, 2022).

O pensamento catastrófico associado a dor emerge como um fator de risco significativo para



tentativas de suicídio, enquanto a dimensão afetiva e sensorial da dor está correlacionada à ideação suicida (Legarreta *et al.*, 2018). Intervenções fundamentadas na literatura, como a implementação de modelos compartilhados de leitura em voz alta, demonstraram ter impactos positivos em indivíduos com dor crônica, resultando em melhorias no humor, função e qualidade de vida (Billington *et al.*, 2016). Adicionalmente, programas de autogestão baseados na web, desenvolvidos em colaboração com pessoas que vivenciaram a dor crônica, têm apresentado promissoras melhorias na função psicossocial e na capacidade dos pacientes em lidar com a dor de forma mais efetiva (Bosma *et al.*, 2023).

A escassez de profissionais de saúde especializados no tratamento da dor e na dependência é atribuída a diversos fatores de estresse enfrentados por esses profissionais, incluindo a limitação de pesquisas clínicas e respostas diversas diante de pacientes complexos (Rotchford; James, 2018) o que reforça ainda mais a necessidade de treinar os novos profissionais de saúde a atenderem essa população que cresce a cada dia.

Essas descobertas destacam a importância de incorporar métodos de aprendizado baseados em simulação na formação profissional, abordar de maneira específica os fatores psicológicos relacionados à dor crônica e envolver ativamente os pacientes no desenvolvimento de intervenções. Essas estratégias têm o potencial de aprimorar não apenas o tratamento da dor crônica, mas também a prevenção do suicídio, reforçando a necessidade de uma abordagem holística e integrada no cuidado desses pacientes complexos.

Durante o processo da avaliação foi utilizado um questionário de triagem da saúde mental (Patient Health Questionnaire – 2 [PHQ-2]) para detecção de depressão, que é um dos fatores mais frequentes em pacientes com dor crônica e que pode levar ao suicídio. O PHQ-2 possui dois itens (são questões retiradas do PHQ9) que aferem as frequências de humor deprimido e a capacidade de sentir prazer nas últimas duas semanas (Gaya, 2011; Kroenke, *et al.*, 2003).

Estudos apontam que o PHQ-2 possui eficácia comparável à do PHQ-9 e a de outros instrumentos. Consequentemente, suas qualidades psicométricas satisfatórias e sua brevidade, o transformam em uma ferramenta propícia para o rastreamento dos transtornos depressivos, principalmente, nos contextos de saúde com grande demanda de trabalho, onde o fator tempo é essencial (Gaya, 2011; Kroenke, *et al.*, 2003). Após essa triagem ser positiva para depressão, encaminhamos os pacientes para profissionais especializados do HU UFJF/EBSERH.

Situações detectadas nesse processo que podem fragilizar a operacionalização é o próprio estado emocional das residentes. O adoecimento dos profissionais da saúde é cada vez mais frequente e muitas vezes os próprios alunos sofrem de depressão e já pensaram alguma vez em momentos difíceis em tirar a própria vida. Outro problema que enfraquece as ações, é o fato de o hospital não possuir profissionais de psicologia suficientes para estar recebendo uma demanda grande de pacientes triados de uma forma imediata.



É importante reconhecer que, embora as metodologias ativas tenham sido aplicadas de forma a promover uma aprendizagem mais participativa e prática, a avaliação precisa considerar as limitações inerentes ao pequeno número de participantes, ao período de implementação e às características específicas do ambiente hospitalar.

Em relação a oportunidades, esta ação promove uma formação profissional mais qualificada para o mercado de trabalho e gera um atendimento mais amplo e completo ao paciente. Outra oportunidade seria de desmistificar e começar a encarar o problema do suicídio como algo que precisa ser detectado e a necessidade de promover ações de intervenções precoces e prevenções.

Recomenda-se que estudos futuros explorem de forma mais aprofundada os impactos das metodologias ativas na formação dos residentes, considerando indicadores de desempenho clínico, satisfação do paciente e resultados a longo prazo. Além disso, uma análise mais detalhada das percepções dos residentes sobre a eficácia das metodologias ativas poderia enriquecer a compreensão de seu papel na aprendizagem e no desenvolvimento profissional.

Em termos de estudos futuros, seria interessante considerar a expansão do modelo para outras instituições de saúde, avaliando sua aplicabilidade em diferentes contextos. Além disso, explorar estratégias para lidar com os desafios identificados, como a falta de profissionais de psicologia, pode contribuir para a sustentabilidade e eficácia contínua do AMD.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho traz à tona a importância de um tema pouco trabalhado e de difícil abordagem em outras profissões que não sejam da área da psicologia. Aborda a necessidade de qualificação na área da residência, pois dor crônica no Brasil é cada vez mais prevalente e junto a ela, temos o suicídio como algo desafiador.

Os preceptores em alguns momentos se encontram sem qualificação necessária para poder instruir seus alunos, exigindo mudanças a fim de suprir esta deficiência pessoal e ao mesmo tempo estar promovendo capacitações de formas cada vez mais ativas. A dor crônica e suas consequências precisam ser debatidas e tratadas a fim de reduzir seu impacto na vida dos pacientes e na saúde pública do país.

Tendo diretrizes bem estabelecidas de como agir e a quem direcionar, criamos um ambiente de confiança para lidar com situações-problemas.

Almeja-se ainda que os profissionais concluam a residência de uma forma diferenciada por saber lidar com este público, que cada vez exige mais uma visão biopsicossocial. Que eles valorizem as experiências prévias e desenvolvam o pensamento reflexivo, tornando-se profissionais críticos, cidadãos compreensivos e transformadores de seus cenários reais.

Conclui-se que o projeto apresenta uma abordagem abrangente e inovadora para o tratamento



da dor crônica, destacando a importância da formação profissional, do enfoque biopsicossocial e do cuidado com a saúde mental dos pacientes e dos profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

- BACHUR, Cynthia Kallás *et al.* The use of active methodologies as teaching strategies of measuring blood pressure. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 443-450, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822020000300014&script=sci_arttext. Acesso em: 27 nov. 2023.
- BILLINGTON, Josie *et al.* A literature-based intervention for people with chronic pain. *Arts & Health*, [s. l.] v. 8, n. 1, p. 13-31, 2016. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17533015.2014.957330?casa_token=8ZlZFoGGmmIAAAAA:P5f_8aGiZudO0G-Selv_KNSxwHjotEyEAU3rZ5dSiGuUdETQMljwC1Q0BPhgPb6zrQOSXTZ_6-exOUnXb. Acesso em: 27 nov. 2023.
- BOSMA, Rachael *et al.* Experience-based design: Empowering individuals while they wait for interprofessional chronic pain care. *Patient Education and Counseling*, Limerick, v. 109, p. 107623, 2023. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399123000034?casa_token=V8JwfRbuGOsAAAAA:bDfQT8wZOrE-UIWVWGqLi1jz4v96DrWpdNrvN-8YEjl7Us-6SUjs8Qcn2761316qW-dFEesObl4Q. Acesso em: 27 nov. 2023.
- GAYA, C M. *Estudo de validação de instrumentos de rastreamento para transtornos depressivos, abuso e dependência de álcool e tabaco*. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- HITCHCOCK, Laura S.; FERRELL, Betty R.; MCCAFFERY, Margo. The experience of chronic nonmalignant pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, Maryland, v. 9, n. 5, p. 312-318, jul. 1994. DOI: 10.1016/0885-3924(94)90190-2. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/0885-3924\(94\)90190-2/pdf](https://www.jpmsjournal.com/article/0885-3924(94)90190-2/pdf). Acesso em: 21 de out. 2023.
- HOOLEY, Jill M.; FRANKLIN, Joseph C. Chronic pain and suicide: understanding the association. *Current Pain and Headache Reports*, Massachusetts, v. 18, n. 8, p. 435, 2014. DOI: 10.1007/s11916-014-0435-2. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11916-014-0435-2>. Acesso em: 20 de out. 2023.
- KROENKE, Kurt; PITZER, Robert L; WILLIAMS, Janete B. W. The patient health questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, Philadelphia, v. 41, n. 11, p. 1284-1292, nov. 2003. DOI: 10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14583691/>. Acesso em: 19 out. 2023.
- LEGARRETA, Margaret *et al.* Suicide behavior and chronic pain: An exploration of pain-related catastrophic thinking, disability, and descriptions of the pain experience. *The Journal of Nervous*



and Mental Disease, Baltimore, v. 206, n. 3, p. 217-222, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/jonmd/FullText/2018/03000/Suicide_Behavior_and_Chronic_Pain__An_Exploration.10.aspx?casa_token=om3pEFlGlqkAAAAA:5TmBzpW0otHOLedar28ATR0XrYIf8_SevlXgz2Q-qU-DRu3Vimlwo-1OycNo-2BgEeFIsp1z0J6j94o0bqe-ILNgS3tCLgQ. Acesso em: 27 nov. 2023.

O'CARROLL Patrick; BERMAN AL; MARIS RW; MOSCIKI Eve K; TANNEY Bryan L; SILVERMAN Morton M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life & Threatening Behavior*, Seattle, v. 26, n. 3, p. 237-252, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8897663/>. Acesso em: 18 out. 2023.

RAJA, S. N. *et al.* International association for the study of pain (Iasp). The revised International Association for the study of pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, Estados Unidos, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, 2020. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939. Disponível em: https://journals.lww.com/pain/Citation/2020/09000/The_revised_International_Association_f_or_the.6.aspx. Acesso em: 18 de out. 2023.

RODRÍGUEZ-GARCÍA, Lorena *et al.* Active teaching methodologies improve cognitive performance and attention-concentration in university students. *Education Sciences*, v. 12, n. 8, p. 544, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/educsci12080544>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-7102/12/8/544>. Acesso em: 27 nov. 2023.

ROTCHFORD, M. D.; JAMES, K. Review of clinician stressors in chronic pain management and addiction medicine. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, Budapeste, v. 5, n. 1, p. 9-14, 2018. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4140828. Acesso em: 27 nov. 2023.

SANGLARD, L. F. *et al.* Active teaching methodologies in health education. *RGO-Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 70, p. 1-10, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-86372022005020220037>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo/a/SqbwwV97mRqJPCCF-WXcSqnq/>. Acesso em: 27 nov. 2023.

SCHEIDECKER, Anne *et al.* Introducing simulation-based learning for trainees in chronic pain medicine: needs assessment and suggestions for training scenarios. *Medical Science Educator*, New York, v. 31, n. 4, p. 1463-1469, 2021. DOI: 10.1007/s40670-021-01335-6. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40670-021-01335-6>. Acesso em: 27 nov. 2023.

SIQUEIRA, José Tadeu Tesseroli de. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), 2014. Porque a dor é uma questão também de Saúde Pública! São Paulo: SBBED, 2014. Disponível em: <https://sbed.org.br/duvidas-frequentes-2/dor-no-brasil/>. Acesso em: 15 out. 2023.

SOUSA, Núbia Maria Lima *et al.* Metodologias de ensino na preceptoria de residência multiprofissional: estudo descritivo-exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v. 15, p. 571-574, 2016. Disponível em: <https://objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5680>. Acesso em: 27 nov. 2023.



TRAVERSO-YEPEZ, Martha. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, dez. 2001. DOI: 10.1590/S1413-73722001000200007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/M6cCFyFcZFS6KkDTbVS-SKrz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 de out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Genebra: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. Acesso em: 20 de out. 2023.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 11 de outubro de 2023.

Aceito em 29 de novembro de 2023.

Publicado em 26 de dezembro de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

VIEIRA, Gláucia Cópio; SARCHIS, Anna Paula Campos; ÁVILA, Maria Priscila Wermelinger. Atuação da preceptoria na residência multiprofissional no ambulatório de dor de um Hospital Universitário: um relato de experiência. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 100-110, 2023.





Proposta de ensino de avaliação técnica de licitações de medicamentos baseada em estilos de aprendizagem

Teaching proposal for technical evaluation of drug tenders based on learning styles

Propuesta de enseñanza de evaluación técnica de licitaciones de medicamentos con base en estilos de aprendizaje

Alice Kappel Roque Munck¹
Gerusa Cristina de Azevedo Fernandes²
Milene Machado Minateli³

RESUMO

A atuação do farmacêutico no ambiente hospitalar e em serviços de saúde exige o desenvolvimento de diversas competências. No setor público, a aquisição de medicamentos é uma das principais atividades da gestão da assistência farmacêutica, envolvendo um conjunto complexo de exigências técnicas, legais e administrativas. Considerando a complexidade e a importância da gestão de medicamentos; a necessidade de promover o desenvolvimento de competências necessárias para a aquisição pública de medicamento; e o estilo de aprendizagem de cada aprendiz, o presente estudo objetiva propor um método de ensino para a avaliação técnica farmacêutica de processos licitatórios para aquisição de medicamentos conforme a legislação sanitária e a segurança do paciente, baseado no estilo de aprendizagem do educando. A proposta pedagógica considerou como competência a capacidade de mobilizar diferentes conhecimentos, habilidades e atitudes para exercer o cuidado e solucionar problemas da prática profissional através da combinação dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo. Foram selecionadas como ferramentas de ensino texto escrito, *podcast*, infográfico, *teach back* e simulação e como metodologias de avaliação teste de múltipla escolha, *debriefing*, *feedback* e elaboração de parecer técnico. Buscou-se respeitar as habilidades inatas, os objetivos e os estilos de aprendizagem do educando, além de gerar interesse, mobilizar emoções e estimular o desenvolvimento de competências pelo residente, que serão colocadas a serviço da sociedade.

Palavras-chave: assistência farmacêutica; educação em saúde; sistema de aprendizagem em saúde.

ABSTRACT

The pharmacist's work in the hospital environment and health services requires the development of several skills. In the public sector, the acquisition of medicines is one of the main activities of pharmaceutical care management, involving a complex set of technical, legal, and administrative requirements. Considering the complexity and importance of drug management, the need to promote the development of skills necessary for the public acquisition of drugs, and the learning style of each student, this study aims to propose a teaching method for the technical pharmaceutical evaluation of bidding processes for the acquisition of drugs according to health legislation and patient safety, based on the student's learning style. The pedagogical proposal considered competence as the ability to mobilize different knowledge, skills, and attitudes to exercise care and solve problems of professional practice by combining the cognitive, psychomotor, and affective domains. Written text, podcasts, infographics, teach-back, and simulation were selected as teaching tools, and multiple-choice test, debriefing, feedback, and preparing technical reports as evaluation methodologies. We sought to respect the student's innate skills, objectives, and learning styles, in addition to generating interest, mobilizing emotions, and stimulating the development of skills by the resident, which will be placed at the service of society.

Keywords: pharmaceutical care; health education; health learning system.

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Atua como farmacêutica e preceptora na área de planejamento de aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.
<https://orcid.org/0000-0002-5327-9848>
<http://lattes.cnpq.br/3964605798126125>
alice.munck@ebserh.gov.br

² Mestre em Gestão e Avaliação da Educação Pública pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Atua como farmacêutica e preceptora em farmácia clínica ambulatorial no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.
<http://lattes.cnpq.br/4344866551601436>
<https://orcid.org/0009-0000-2096-1341>
gecajff@gmail.com

³ Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Atua como farmacêutica e preceptora em farmácia clínica hospitalar no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.
<https://orcid.org/0000-0001-8240-2086>
<http://lattes.cnpq.br/4309478719525637>
milene.minateli@ebserh.gov.br

RESUMEN

El papel del farmacéutico en el ámbito hospitalario y en los servicios sanitarios requiere el desarrollo de diversas habilidades. En el sector público, la adquisición de medicamentos es una de las principales actividades de la gestión de la asistencia farmacéutica, implicando un complejo conjunto de requisitos técnicos, legales y administrativos. Considerando la complejidad y la importancia de la gestión de medicamentos, la necesidad de promover el desarrollo de habilidades necesarias para la adquisición pública de medicamentos y el estilo de aprendizaje de cada alumno, el objetivo del presente estudio es proponer un método de enseñanza para la evaluación técnico farmacéutica de los procesos de licitación para la adquisición de medicamentos de acuerdo con la legislación sanitaria y la seguridad del paciente, con base en el estilo de aprendizaje del estudiante. La propuesta pedagógica consideró como habilidad la capacidad de coordinar diferentes conocimientos, competencias y actitudes para ejercer el cuidado y resolver problemas en la práctica profesional a través de la combinación de los dominios cognitivo, psicomotor y afectivo. Como herramientas didácticas se seleccionaron textos escritos, podcast, infográficos, *teach back* y simulación, y como metodologías de evaluación pruebas de opción múltiple, *debriefing*, *feedback* y elaboración de dictámenes técnicos. Se buscó respetar las habilidades innatas, objetivos y estilos de aprendizaje del alumno, además de generar interés, movilizar emociones y estimular el desarrollo de habilidades por parte del residente, que serán puestas al servicio de la sociedad.

Palabras clave: asistencia farmacéutica; educación en salud; sistema de aprendizaje en salud.

INTRODUÇÃO

A atuação do farmacêutico no ambiente hospitalar e em serviços de saúde exige o desenvolvimento de diversas competências como gestão da farmácia hospitalar; gestão de medicamentos e outros produtos para a saúde; liderar e gerenciar pessoas; gerenciar o processo de preparo de medicamentos; cuidado ao paciente; gerenciar o processo de distribuição e dispensação de medicamentos e produtos para a saúde; e educação e pesquisa em farmácia hospitalar (Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviço de Saúde, 2019). Na área de gestão de medicamentos e outros produtos para a saúde, espera-se que o profissional tenha capacidade de adquirir medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais (OPME), gases medicinais e outros produtos para saúde em conformidade com os parâmetros técnicos, demandas assistenciais e normas administrativas e legais (Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviço de Saúde, 2019).

A aquisição de medicamentos, insumos estratégicos de suporte às ações de saúde, é uma das principais atividades da gestão da assistência farmacêutica, visando o acesso da população aos medicamentos. O processo de compra de medicamentos no setor público, por sua vez, é complexo e envolve um conjunto de exigências técnicas, legais e administrativas que devem ser cumpridas, além de um elevado vulto econômico que chegou a R\$ 20 bilhões em compras de medicamentos no Sistema Único de Saúde em 2015 e R\$ 18,6 bilhões em 2016. O farmacêutico, então, exerce papel imprescindível nessa atividade, a fim de promover a aquisição efetiva e eficiente de medicamentos, dada a essencialidade do acesso a medicamentos para a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2018; Vieira, 2018).

A formação desse profissional farmacêutico deve ser pautada em princípios éticos e científicos, capacitando-o para o trabalho nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, por meio de ações de prevenção de doenças, de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como em



trabalho de pesquisa e desenvolvimento de serviços e de produtos para a saúde (Brasil, 2017). Com o objetivo de proporcionar uma formação humanista, crítica, reflexiva e generalista, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) são centradas nos fármacos, nos medicamentos e na assistência farmacêutica, e, de forma integrada, em análises clínicas e toxicológicas, em cosméticos e em alimentos, em prol do cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade (Brasil, 2017).

A carga horária do curso de graduação, excetuando-se o estágio curricular e as atividades complementares, deve ser destinada em 50% no eixo denominado “cuidado em saúde”; 40% no eixo “tecnologia e inovação em saúde”; e 10% no eixo “gestão em saúde”. Por sua vez, os cenários de prática devem ser diversificados, inseridos na comunidade e nas redes de atenção à saúde, pública e/ou privada, caracterizados pelo trabalho interprofissional e colaborativo. Apesar da existência de ferramentas de ensino aplicáveis aos três eixos de formação, não há metodologias de ensino descritas na literatura para o desenvolvimento de competências e habilidades envolvendo a avaliação técnica de processos licitatórios para compras de medicamentos (Brasil, 2017).

As DCN recomendam também a utilização de metodologias ativas de ensino, centradas na aprendizagem do estudante, com critérios coerentes de acompanhamento e de avaliação do processo ensino-aprendizagem. Dessa forma, as atividades executadas nos cenários de prática necessitam de organização pedagógica por níveis de complexidade e autonomia, articulando os aspectos cognitivos, psicomotores e afetivos, a fim de propiciar aos estudantes, desde o início, a vivência profissional e a aprendizagem progressiva, participativa e significativa (Conselho Federal de Farmácia, 2019).

Uma prática pedagógica centrada no aprendiz reconhece o aluno como um ser único, criativo e participativo, que é o centro do processo de ensino e aprendizagem, e considera o docente como facilitador da aprendizagem, à medida que cria situações desafiadoras e “desequilibradoras” por meio da orientação. Esse modelo pedagógico caracteriza-se pela adequação dos objetivos educacionais ao desenvolvimento psicológico do aluno; pela seleção dos conteúdos programáticos a partir dos interesses dos alunos; pela valorização de aspectos afetivos (atitudes) com ênfase na autoavaliação (Pinheiro; Batista, 2018).

O desenvolvimento de atividades pedagógicas centradas no aluno deve levar em consideração as diferenças entre os aprendizes, que apresentam diferentes estilos de aprendizagem. Embora as pessoas possam aprender a aprender de maneiras diferentes daquelas que preferem, o alcance dos objetivos de aprendizagem é menos efetivo em situações de ensino que diferem dos seus estilos preferidos de aprendizagem (Boscov, 2020; Schmitt; Domingues, 2016).

Há diferentes linhas teóricas e modelos que buscam identificar as características de estilo de aprendizagem de cada sujeito. O modelo *Visual, Aural, Read-Write and Kinesthetic* (VARK) apresentado por Fleming (1995) aponta que o ser humano tem quatro canais de aprendizado: visual, auditivo, leitura/escrita e cinestésico. Os alunos que aprendem melhor visualmente preferem as informações providas por demonstrações visuais e descrições. Já os que aprendem pela audição apreciam as instru-



ções faladas. Preferem discussões e diálogos e solucionar problemas por meio de falas. Os tomadores de notas são aqueles cujo estilo de aprendizagem está relacionado com a leitura e a escrita. Pessoas com aprendizado cinestésico preferem aprender fazendo as tarefas por si sós. Usualmente, têm muita energia e gostam de utilizar o movimento e a interação com seu ambiente (Schmitt; Domingues, 2016).

Sendo assim, considerando a complexidade e a importância da gestão de medicamentos; a necessidade de potencializar a carga horária destinada ao eixo “gestão em saúde”; o estilo de aprendizagem de cada aprendiz e a escassez de publicações sobre metodologias para o desenvolvimento de competências necessárias para a aquisição pública de medicamentos, o presente estudo tem como objetivo apresentar o método utilizado para desenvolver competências necessárias para a avaliação técnica farmacêutica de processos licitatórios para aquisição de medicamentos conforme a legislação sanitária e a segurança do paciente no âmbito de programas de residência em farmácia em um hospital universitário federal, com base ou baseado no estilo de aprendizagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da implementação da ação pedagógica “Avaliação técnica de licitações de medicamentos baseada em estilos de aprendizagem”. Ocorreu no âmbito da unidade organizacional responsável pelo planejamento de aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos de um hospital universitário federal, que consiste em um dos cenários de prática dos programas de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar e de Residência Uni Profissional em Farmácia.

O planejamento pedagógico elaborado foi orientado por três premissas: (1) a aprendizagem é progressiva; (2) a aprendizagem é participativa; (3) a aprendizagem é situada e distribuída. Como o conhecimento é dinâmico, os recursos educacionais devem ser constantemente remodelados, recombinaos e expandidos, de forma a criar entendimentos e melhorar o desempenho do residente em aspectos diversos. Conforme a segunda premissa, a aprendizagem participativa planejada consiste na interação do residente com o preceptor e os demais atores envolvidos nas atividades de negociação com os licitantes. Baseada na terceira premissa, a aplicação e a avaliação do planejamento da ação pedagógica (PAP) fornecem subsídios para aprimorar o plano e expandir para outros residentes e colaboradores envolvidos no processo (Cooke; Irby; O’Brien, 2011).

A proposta pedagógica considerou como competência a capacidade de mobilizar diferentes conhecimentos, habilidades e atitudes para exercer o cuidado e solucionar problemas da prática profissional através da combinação dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo. Assim, foram selecionadas metodologias que promovessem o desenvolvimento do saber (domínio cognitivo) e do fazer (domínio psicomotor), levando em consideração o estilo de aprendizagem do educando, de forma a personalizar o percurso educacional conforme as tendências naturais



de aprendizado de cada aluno (Cabral, 2019; Schmitt; Domingues, 2016; Zabala; Arnau, 2014)

A identificação do estilo de aprendizagem de cada residente foi a etapa inicial para o desenvolvimento da atividade. Optou-se pela aplicação do questionário “Como aprendo melhor?” (VARK version 8.01), composto por dezesseis perguntas e disponível através do sítio eletrônico <https://vark-learn.com/questionario/>. A escolha do modelo *Visual, Aural, Read-White and Kinesthetic* foi realizada pela facilidade de uso da ferramenta, por não possuir direitos autorais e por fornecer uma base para a seleção de estratégias práticas que alunos e professores podem usar.

As ações prévias necessárias para a realização da ação educacional consistiram na elaboração dos recursos didáticos iniciando pela escrita do texto, seguida do roteiro para o *podcast*. Foram abordados no texto temas como princípios, modalidades e fases do processo licitatório, critérios de julgamento, critérios de habilitação técnica de licitantes de medicamentos e insumos farmacêuticos (medicamentos, saneantes, cosméticos, gases medicinais e produtos para saúde), legislação sanitária e regulação do mercado farmacêutico. O roteiro para o *podcast* foi elaborado a partir do texto, abordando os pontos principais e exemplos de situações reais (Anvisa, 2023; Brasil, 2013).

Posteriormente foram selecionados os tópicos principais sobre o tema para a criação do infográfico no aplicativo online Canva®, com as fases do processo licitatório, os critérios de habilitação técnica, o parâmetro de julgamento da proposta e a segurança do paciente. Os textos elaborados foram revisados por outra farmacêutica que atua no planejamento e na avaliação de processos licitatórios.

Para o processo licitatório simulado, foram selecionados onze casos reais que envolviam medicamentos cuja proposta estava acima do preço de referência e precisavam ser negociados; cuja especificação técnica foi incluída de forma incompleta no Termo de Referência; cuja documentação técnica apresentava medida cautelar por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Alguns insumos farmacêuticos incluídos são passíveis de notificação simplificada e não de registro, além de outros casos, que possibilitem que o residente avalie diversas situações já sucedidas em processos licitatórios para aquisição de medicamentos (Brasil, 2013; Reason, 2000).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os objetivos de aprendizagem, as oportunidades e os desafios do cenário de prática e a necessidade de capacitação de farmacêuticos que atuem na gestão de medicamentos e insumos farmacêuticos, foi proposta a ação pedagógica “Avaliação técnica de licitações de medicamentos baseada em estilos de aprendizagem”, conforme descrito na Tabela 1.



Tabela 1 – Proposta de ação pedagógica “Avaliação técnica de licitações de medicamentos baseada em estilos de aprendizagem”.

TEMA	AVALIAÇÃO TÉCNICA FARMACÊUTICA DE PROCESSOS LICITATÓRIOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS CONFORME A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA E A SEGURANÇA DO PACIENTE
PÚBLICO-ALVO	Residentes dos programas de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar e de Residência Uniprofissional em Farmácia
CARGA-HORÁRIA	6 horas (2 horas para cada encontro)
COMPETÊNCIA	Emitir parecer técnico farmacêutico em processos licitatórios para aquisição de medicamentos no que tange à qualificação técnica dos licitantes e avaliação da proposta, considerando a legislação sanitária vigente e as evidências científicas a respeito da segurança do paciente.
OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM	- Identificar se o medicamento ofertado pelo licitante é o medicamento solicitado no certame (medicamento certo, dosagem certa, via certa, forma farmacêutica certa) - Consultar a tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED); - Conhecer a legislação sanitária relacionada ao registro de medicamentos e ao licenciamento de produtores e distribuidores de medicamentos; - Avaliar criticamente as propostas dos licitantes com base na legislação sanitária e na cultura de segurança do paciente; - Identificar oportunidades de melhoria na avaliação técnica farmacêutica e no planejamento dos processos licitatórios subsequentes para aquisição de medicamentos.
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	- Classificação de medicamentos conforme legislação sanitária; - Especificações técnicas dos insumos farmacêuticos constantes no Formulário Terapêutico vigente na instituição de saúde; - Critérios de regularidade sanitária de fabricantes e distribuidores de medicamentos; - Aspectos relacionados a aquisição e administração segura de medicamentos; - Conceitos de Preço de Fábrica, Preço Máximo de Venda ao Governo e alíquotas do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS).
METODOLOGIAS DE ENSINO	Primeiro encontro: - Aplicação do questionário “Como aprendo melhor? (VARK version 8.01) - Apresentação e discussão do resultado do questionário sobre estilo de aprendizagem predominante pelo residente - Apresentação dos materiais teóricos conforme estilo de aprendizagem pelo preceptor; Segundo encontro: - Estudo individual dos materiais teóricos, priorizando as metodologias compatíveis com os estilos de aprendizado predominantes do residente; - <i>Teach Back</i> (ensinar de volta) do residente para verificação do entendimento do assunto; - Teste de múltipla escolha; Terceiro encontro: - Devolutiva da prova de múltipla escolha; - Simulação de avaliação técnica de itens previamente selecionados; - <i>Debriefing</i> sobre a simulação da avaliação técnica.



METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO	- <i>Debriefing (feedback)</i>; - <i>Teach Back</i> (ensinar de volta); - Teste de múltipla escolha.
RECURSOS EDUCACIONAIS	- Questionário “Como aprendo melhor? (VARK version 8.01); - Formulário Terapêutico vigente na instituição hospitalar; - Sítio eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; - <i>Podcast</i> sobre avaliação de licitação para aquisição de medicamentos - Infográfico sobre avaliação de licitação para aquisição de medicamentos; - Propostas de licitantes em compras públicas de medicamentos previamente selecionadas.

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2023.

No primeiro encontro foi aplicado o questionário “Como aprendo melhor? (VARK version 8.01), disponível através do sítio eletrônico <https://vark-learn.com/questionario/>. Após o resultado do questionário respondido pelo residente, houve um momento de diálogo entre o(a) preceptor(a) e o(a) residente para que o educando fale sobre as suas próprias percepções de suas preferências e sobre o grau de ajuste que ele vê entre sua(s) preferência(s) e outros aspectos de sua vida. O residente pode também ser desafiado a refletir sobre situações de aprendizagem em que obteve sucesso e aquelas em que enfrentou dificuldades (Fleming, 1995).

Após esse *feedback*, o(a) preceptor(a) apresentou os recursos educacionais elaborados para a apropriação do tema a ser trabalhado: textos, *podcast* e infográfico com os temas afetos à avaliação técnica das propostas e dos licitantes participantes das licitações para aquisição de medicamentos. Para o residente com estilo de aprendizagem predominantemente visual, o primeiro material a ser utilizado é o infográfico, depois os demais, na ordem de preferência do aluno. Para o estudante com estilo predominantemente auditivo, o primeiro material é o *podcast*. Ou seja, o resultado do questionário sobre o estilo de aprendizagem define a ordem com que os materiais são acessados, para facilitar o aprendizado do residente e motivá-lo a prosseguir nos estudos. A diversidade de metodologias e a simulação de avaliação de uma licitação, a ser realizada no terceiro encontro, visa a alcançar os residentes com diferentes estilos de aprendizagem, como os estilos multimodais e cinestésicos.

No segundo encontro, o(a) residente realizou a leitura, a escuta e a visualização dos materiais disponíveis, seguido de um momento de *teach back* (ensinar de volta) ao preceptor o que foi apreendido dos materiais. O teste de múltipla escolha foi aplicado com o intuito de avaliar objetivamente o que foi aprendido. No terceiro encontro foi dada a devolutiva do teste de múltipla escolha e realizada a resolução de dúvidas. Em seguida, o residente foi observado durante a avaliação de itens de uma licitação para aquisição de medicamentos selecionados previamente.

A simulação baseada em casos reais vivenciados na prática profissional foi a metodologia ativa escolhida como a última ferramenta a ser utilizada na proposta de ação pedagógica a fim de possibilitar ao residente a mobilização dos conhecimentos adquiridos ou recordados com o uso das ferramentas de aprendizado anteriores (*podcast*, infográfico e texto) e aplicação no caso concre-



to da avaliação técnica da licitação. A escolha de medicamentos e propostas de licitantes promove a realização da avaliação e emissão de parecer técnico em situações reais recorrentes da prática farmacêutica do planejamento de compra de medicamentos (Pereira Junior; Guedes, 2021).

É imprescindível realizar as orientações e o *briefing* do cenário, de forma a esclarecer ao residente como se dará a simulação. Para a realização da simulação, é preciso que o residente tenha clareza de quais elementos de competência serão trabalhados. A simulação da avaliação técnica de licitações para aquisição de insumos farmacêuticos envolve habilidades de decisão técnica, atitude, comunicação com os atores envolvidos na fase de julgamento da proposta do licitante, além do domínio psicomotor das ferramentas eletrônicas de abertura e instrução de processos administrativos utilizadas no setor público. A preparação do processo licitatório simulado e os esclarecimentos sobre a atividade asseguram a maior chance de sucesso e de alcance dos objetivos de aprendizagem da ação pedagógica (Pereira Junior; Guedes, 2021).

Problemas como medicamento ofertado diferente do solicitado; apresentação de medicamento que não atende aos critérios estabelecidos pela instituição; medicamentos com preço superior ao estabelecido na tabela CMED; especificações adicionais não inseridas no planejamento da licitação são exemplos de situações que o residente terá que avaliar e decidir sobre que parecer será dado para essas situações.

O *debriefing*, técnica específica de *feedback*, deve ser realizado após a experiência da simulação a fim de analisar a situação e a *performance*, avaliar e integrar o que foi aprendido e tornar o aluno consciente tanto daquilo que experimentou e aprendeu quanto do seu percurso de aprendizagem. Deve ser iniciado pela autoavaliação do residente sobre seu processo de emissão do parecer técnico, seguido do *feedback* do(a) preceptor(a). Para os residentes que preferirem discutir com o(a) preceptor(a) os casos da simulação no decorrer de sua atividade, o *feedback* deve ser focal e corretivo à medida que a atividade for realizada, sem prejuízo da avaliação ao final da atividade, cujo propósito é a reflexão e a contextualização entre a simulação e a prática real em ambiente de trabalho (não simulado) (Borges *et al.*, 2014; Pereira Junior; Guedes, 2021).

No que tange à segurança do paciente, baseado nos nove certos para a administração segura de medicamentos, nos cinco momentos de uso seguro de medicamentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e no Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, optou-se por utilizar a ferramenta “E se?” no momento de reflexão e *feedback* da simulação de avaliação de licitação para aquisição de medicamentos. Perguntas como “e se não fosse incluído no Termo de Referência do processo licitatório as especificações completas dos medicamentos, qual seria o impacto na segurança do paciente?”; “e se fosse aceito medicamento com concentração diferente do padronizado?”; “e se fosse aceito medicamento sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária?” podem ser utilizadas como motivadoras da reflexão (Anvisa, 2023; Brasil, 2013).

A abordagem do tema segurança do paciente na avaliação técnica de um processo licitatório para aquisição de medicamentos visa a contribuir com a implantação da cultura de segurança



no contexto de atuação do farmacêutico na gestão hospitalar, área que tem como uma das atividades mais importantes a emissão do parecer técnico farmacêutico em processos licitatórios para aquisição de medicamentos no que tange à qualificação técnica dos licitantes e avaliação da proposta. Essa atividade tem um impacto expressivo na assistência e na segurança do paciente, sendo uma das primeiras barreiras para que o risco não chegue ao paciente (Brasil, 2013; Reason, 2000).

A escolha dos métodos de avaliação adequados a cada conhecimento ou habilidade objetiva avaliar com precisão o conhecimento adquirido com a leitura dos textos, a visualização do infográfico e a escuta do *podcast*, além da habilidade desenvolvida com a realização da simulação. O *feedback* foi escolhido como a ferramenta a ser utilizada para captar as percepções e o envolvimento dos residentes com a atividade e com seu aprendizado (Borges *et al.*, 2014).

Após a atividade realizada, objetiva-se que o residente esteja apto a avaliar uma licitação para aquisição de medicamentos que esteja em fase de avaliação técnica, sob a supervisão e o acompanhamento do(a) preceptor(a), para posterior atuação em situações reais no ambiente de trabalho.

O planejamento de ações pedagógicas baseadas em critérios de aprendizagem e avaliação validados na literatura confere intencionalidade e confiabilidade ao exercício da preceptoria e possibilita a reflexão crítica sobre o tema por preceptores e educandos. Além disso, a execução de uma ação pedagógica cuidadosamente planejada, com foco na segurança do paciente e no estilo de aprendizagem do residente, potencializa a aprendizagem e desperta o interesse nas áreas de gestão e planejamento envolvendo a profissão farmacêutica (Brasil, 2013; Collège des Médecin de Famille du Canada, 2010; Reason, 2000).

Como limitação do estudo, aponta-se que não foi realizada a validação da metodologia de ensino desenvolvida. Para tanto, a proposta de ensino deve ser submetida a pesquisas que possam avaliar com métodos consistentes os dados advindos da aplicação dessas ferramentas de ensino em diversos contextos..

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de metodologias para identificação do estilo de aprendizagem de cada residente contribuiu com a ação do preceptor como condutor inicial do processo de aprendizagem e com o protagonismo do residente no seu progresso e autoaprendizagem.

Vale ressaltar que nenhum instrumento pode captar toda a riqueza do estilo de aprendizagem do educando. A utilização de outros modelos de avaliação do estilo de aprendizagem, como os experimentais, os fenomenológicos ou os sensoriais, podem proporcionar diferentes perspectivas para captar o estilo de aprendizagem, característica fundamental para o estabelecimento das metodologias de ensino e o alcance dos objetivos propostos.

Quando o preceptor consegue identificar, compreender e utilizar as metodologias apropriadas para o estilo de aprendizado para cada aluno é possível sensibilizar o jovem profissional em formação a se aprofundar nos conhecimentos construídos. É importante o preceptor ter sempre em vista a relevância de identificar momentos para incentivar a



aprendizagem autodeterminada, em que o residente escolhe o que estudar e como aprofundar e construir os conhecimentos, a partir dos seus interesses e sentimentos advindos da vivência prática.

A ação pedagógica desenvolvida buscou respeitar as habilidades inatas, os objetivos e os estilos de aprendizagem do residente. Além disso, buscou gerar interesse, mobilizar emoções e propiciar o desenvolvimento do residente, de forma a estimular o desenvolvimento de competências pelo residente, que serão colocadas à serviço da sociedade.

Verifica-se ainda a necessidade de realização da validação da metodologia de ensino para a avaliação técnica de licitações de medicamentos baseada em estilos de aprendizagem, a fim de mensurar a confiabilidade e a reprodutibilidade da ferramenta proposta em comparação aos métodos tradicionais de ensino. O desenvolvimento e a validação de metodologia de ensino efetiva poderão contribuir para a formação de profissionais que atuam nas compras públicas de medicamentos, tornando a atividade mais efetiva.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2023. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>. Acesso em: 22 mai. 2023.

BORGES, Marcos de Carvalho *et al.* Avaliação formativa e *feedback* como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais de saúde. *Revista Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 324-331, 2014. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i4p343-346>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86685>. Acesso em: 24 out. 2023.

BOSCOV, Camila. O impacto do ensino centrado no aluno no processo de aprendizado. *Revista de Auditoria Governança e Contabilidade*, Monte Carmelo, v. 8, n. 36, p.79-93, 2020. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/ragc/article/view/2155>. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos. Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Orientações para aquisições públicas de medicamentos*. Brasília, DF: Tribunal de Contas da União, Secretaria-Geral de Controle Externo (Segecex), Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde), 2018. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/8A/E0/DC/81/A5A1F6107AD96FE6F18818A8/Orientacoes_aquisicoes_publicas_medicamentos.pdf. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, 2017. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/outubro-2017-pdf/74371-rces006-17-pdf/file>. Acesso em: 17 out. 2023.

CABRAL, Mirela Moraes Waldemarin. A utilização da taxonomia de Bloom no processo de ensi-



no-aprendizado para alunos do ensino superior. *Revista Eletrônica Calafiori*, São Sebastião do Paraíso, v. 3, n. 1, p. 32-38, 2019. Disponível em: <https://calafiori.emnuvens.com.br/Calafiori/article/view/37>. Acesso em: 23 out. 2023.

COLLÈGE DES MÉDECIN DE FAMILLE DU CANADA. Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada. Les objectifs d'évaluation en médecine famille. [S. l: s. n.] 2010.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Formação farmacêutica no Brasil*. Brasília, DF: Ed. Conselho Federal de Farmácia. 2019. 160p.: il. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/livro_caef21maio2019.pdf. Acesso em: 23 out. 2023.

COOKE, Molly; IRBY, David M.; O'BRIEN, Bridget. C. Education Physicians: A call reform of medical school and residency. *The Journal of Chiropractic Education*, São Francisco, v. 25, n. 2, p. 193-195, 2011. DOI: <https://doi.org/10.7899/1042-5055-25.2.193>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3204956/>. Acesso em: 23 out. 2023.

FLEMING, Neil Donald. I'm different; not dumb. Modes of presentation (VARK) in the tertiary classroom, in Zelmer,A., (ed.) Research and Development in Higher Education, *Proceedings of the 1995 Annual Conference of the Higher Education and Research Development Society of Australasia* (HERDSA), HERDSA, Volume 18, pp. 308 – 313, 1995. Disponível em: https://www.vark-learn.com/wp-content/uploads/2014/08/different_not_dumb.pdf. Acesso em: 24 out. 2023.

PEREIRA JUNIOR, Gerson Alves; GUEDES, Hermila Tavares Vilar (org.). *Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas*. 1. ed. São Carlos: Cubo Multimídia, 2021. 261 p. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2022/03/LIVRO-Simulacao-em-saude-para-ensino-e-avaliacao.pdf>. Acesso em: 24 out. 2023.

PINHEIRO, Marlene Nogueira; BATISTA, Eraldo Carlos. O aluno no centro da aprendizagem: uma discussão a partir de Carl Rogers. *Revista Psicologias & Saberes*, Maceió, v. 7, n. 8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3333/ps.v7i8.770>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329365590_O_ALUNO_NO_CENTRO_DA_APRENDIZAGEM_UMA_DISCUSSAO_A_PARTIR_DE_CARL_ROGERS. Acesso em: 23 out. 2023.

REVISTA BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR E SERVIÇO DE SAÚDE. Relatório VIII Encontro de Professores de Farmácia Hospitalar e Farmácia Clínica e VII Encontro de Residências. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, São Paulo, v. 8, n. 2, 2019. Disponível em: <https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/286>. Acesso em: 23 out. 2023.

REASON, James. Human error: models and management. *British Medical Journal*, Londres, n. 320, p. 768-770, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>. Acesso em: 20 out. 2023.

SCHMITT, Camila da Silva; DOMINGUES, Maria José Carvalho de Souza. Estilos de aprendizagem: um estudo comparativo. *Avaliação*, Campinas, Sorocaba, v. 21, n. 2, p. 361-386, 2016. DOI:



<https://doi.org/10.1590/S1414-40772016000200004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/CgyjHL3TRXbgwRdWphLbcks/?format=html>. Acesso em: 20 out. 2023.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. *Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016*. Brasília, DF: Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8250/1/TD_2356.pdf#:~:text=O%20gasto%20do%20SUS%20com%20medicamentos%20passou%20de,por%20meio%20do%20programa%20Farm%C3%A1cia%20Popular%20do%20Brasil. Acesso em: 17 nov. 2023.

ZABALA, Antoni; ARNAU, Laia. *Como aprender e ensinar competências*. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.apostilasopcao.com.br/arquivos-opcao/erratas/11420/69601/como-aprender-e-ensinar-competencias.pdf>. Acesso em: 24 out. 2023.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 25 de outubro de 2023.

Aceito em 29 de novembro de 2023.

Publicado em 26 de dezembro de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

MUNCK, Alice Kappel Roque; FERNANDES, Gersa Cristina de Azevedo; MINATELI, Milene Machado. Proposta de ensino de avaliação técnica de licitações de medicamentos baseada em estilos de aprendizagem. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 111-122, 2023.





E-mail:
revista@ghc.com.br

Site:
www.revista.ghc.com.br

Fone:
(51) 3357-2823