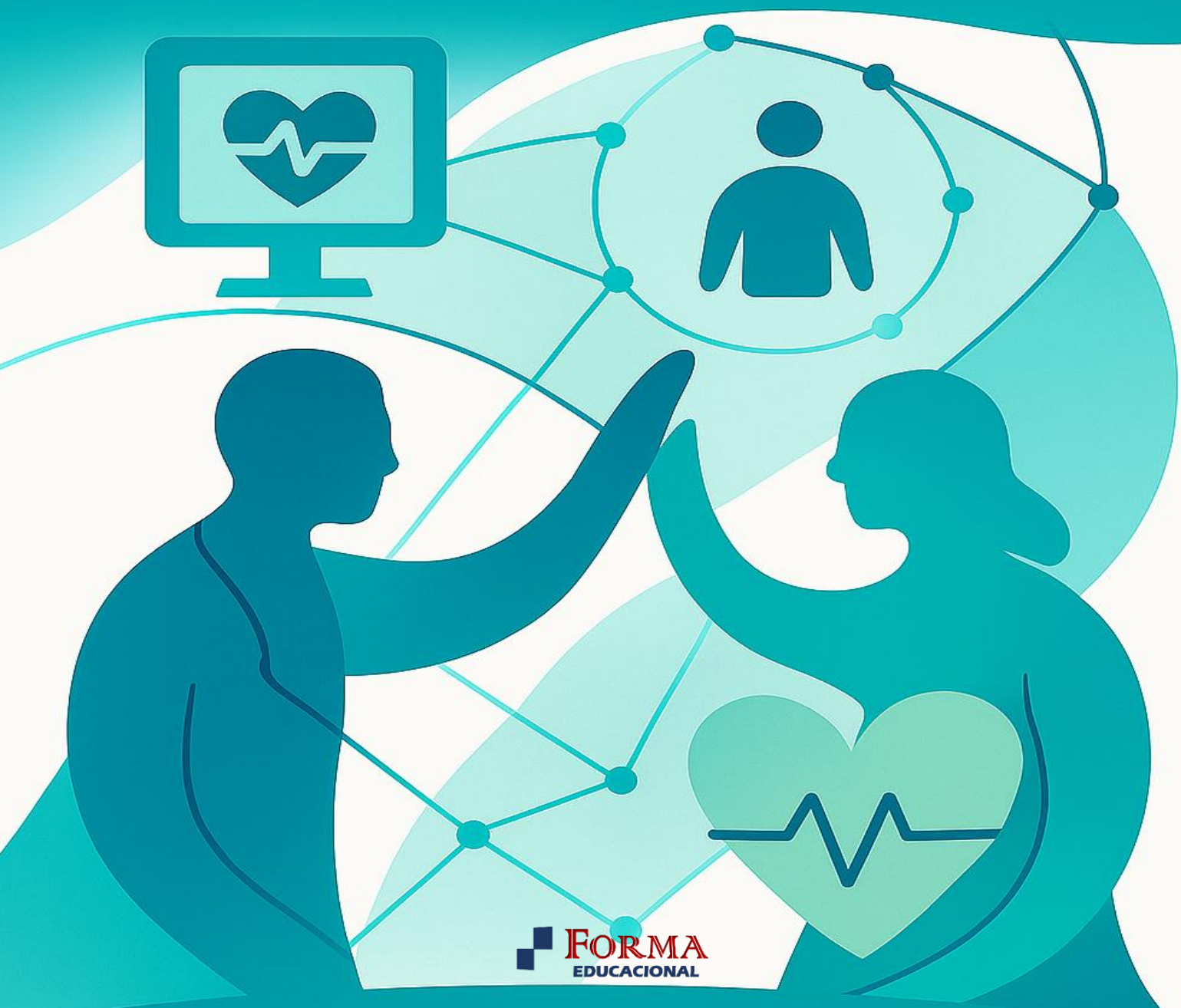


*Organizadoras*  
ROSANA ALVES DE MELO  
FLÁVIA EMÍLIA CAVALCANTE VALENÇA FERNANDES

# SAÚDE INTEGRAL

Da formação profissional  
ao cuidado humano



*Organizadoras*  
ROSANA ALVES DE MELO  
FLÁVIA EMÍLIA CAVALCANTE VALENÇA FERNANDES

# SAÚDE INTEGRAL

Da formação profissional  
ao cuidado humano



© 2025 – Forma Educacional Editora

[www.formaeducacional.com.br](http://www.formaeducacional.com.br)

formaeducacional@gmail.com

### **Organizadoras**

Rosana Alves de Melo

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

**Editor Chefe:** Jader Luís da Silveira

**Editoração e Arte:** Resiane Paula da Silveira

**Capa:** As organizadoras

**Revisão:** Os autores

### **Conselho Editorial**

Ma. Heloisa Alves Braga, Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais, SEE-MG

Me. Ricardo Ferreira de Sousa, Universidade Federal do Tocantins, UFT

Me. Guilherme de Andrade Ruela, Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF

Esp. Ricael Spirandeli Rocha, Instituto Federal Minas Gerais, IFMG

Ma. Luana Ferreira dos Santos, Universidade Estadual de Santa Cruz, UESC

Ma. Ana Paula Cota Moreira, Fundação Comunitária Educacional e Cultural de João Monlevade, FUNCEC

Me. Camilla Mariane Menezes Souza, Universidade Federal do Paraná, UFPR

Ma. Jocilene dos Santos Pereira, Universidade Estadual de Santa Cruz, UESC

Ma. Tatiany Michelle Gonçalves da Silva, Secretaria de Estado do Distrito Federal, SEE-DF

Dra. Haiany Aparecida Ferreira, Universidade Federal de Lavras, UFLA

Me. Arthur Lima de Oliveira, Fundação Centro de Ciências e Educação Superior à Distância do Estado do RJ, CECIERJ

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M528s      Saúde Integral: Da formação profissional ao cuidado humano  
/ Rosana Alves de Melo; Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes  
(organizadoras). – Formiga (MG): Forma Educacional Editora, 2025.  
203 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-85175-40-1

DOI: 10.5281/zenodo.15717004

1. Saúde. 2. Formação profissional. 3. Saúde / nutrição – Prevenção  
- Programas de saúde. I. Melo, Rosana Alves de. II. Fernandes, Flávia Emília  
Cavalcante Valença. III. Título.

CDD: 613

CDU: 614

*Os conteúdos, textos e contextos que participam da presente obra apresentam responsabilidade de seus autores.*

Downloads podem ser feitos com créditos aos autores. São proibidas as modificações e os fins comerciais.

Proibido plágio e todas as formas de cópias.

Forma Educacional Editora

CNPJ: 35.335.163/0001-00

Telefone: +55 (37) 99855-6001

[www.formaeducacional.com.br](http://www.formaeducacional.com.br)

[formaeducacional@gmail.com](mailto:formaeducacional@gmail.com)

Formiga - MG

Catálogo Geral: <https://editoras.grupomultiatual.com.br/>

Acesse a obra originalmente publicada em:

<https://www.formaeducacional.com.br/2025/06/saude-integral-da-formacao-profissional.html>



**Saúde integral:**  
**Da formação profissional ao cuidado humano**

**Saúde integral:**  
**Da formação profissional ao cuidado humano**

*Organizadoras*

**Rosana Alves de Melo**

**Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes**

## **APRESENTAÇÃO**

Prezado leitor,

É com grande satisfação que apresentamos a obra "Saúde integral: da formação profissional ao cuidado humano". Este livro representa uma jornada abrangente e multifacetada pelo universo da saúde, oferecendo um panorama rico e diversificado das práticas, desafios e inovações no campo.

### **Estrutura e Conteúdo**

Nossa narrativa se desdobra em onze capítulos cuidadosamente organizados, criando um percurso que abrange desde a formação dos profissionais de saúde até o envolvimento ativo do paciente no processo de cuidado. Cada capítulo representa uma peça no quebra-cabeça complexo que é o sistema de saúde contemporâneo.

### **Da Teoria à Prática na Atenção Primária**

Iniciamos nossa jornada com um ensaio teórico sobre a formação em Enfermagem, estabelecendo as bases conceituais que sustentarão as discussões subsequentes. Este capítulo inicial serve como alicerce, destacando a importância da aprendizagem significativa na preparação dos futuros profissionais de saúde.

Em seguida, abordamos a realidade da atenção primária, explorando as nuances do acesso à saúde, com foco na perspectiva masculina. Este capítulo oferece destaque sobre os desafios e oportunidades na promoção de uma saúde mais inclusiva e acessível.

### **Saúde Materno-Infantil e Questões de Gênero**

Os capítulos seguintes abordam questões relacionadas à saúde de mães e mulheres. Exploramos desde as vivências de mães com crianças asmáticas até o impacto da violência contra mulheres durante a pandemia de COVID-19. Estes tópicos lançam luz sobre vulnerabilidades específicas e a necessidade de abordagens sensíveis e eficazes.

### **Mortalidade e Gravidade em Diferentes Contextos**

Uma seção substancial do livro é dedicada a temas de alta relevância em saúde pública, incluindo a mortalidade por infarto agudo do miocárdio em jovens e os impactos dos

acidentes de trânsito. Estes capítulos oferecem análises sobre os anos potenciais de vida perdidos e as implicações para políticas públicas e práticas de saúde.

### **Inovações no Cuidado Hospitalar e Terapia Intensiva**

A obra então se volta para aspectos mais técnicos e gerenciais do cuidado em saúde, com foco especial em ambientes hospitalares e unidades de terapia intensiva. Discutimos avanços significativos no gerenciamento do cuidado de enfermagem, a eficácia de novas tecnologias na prevenção de lesões por pressão, e a implementação de sistemas de pontuação para melhorar o acompanhamento de pacientes em serviços de emergência.

### **O Paciente como protagonista**

Concluimos nossa jornada com um capítulo sobre o envolvimento do paciente em sua própria segurança e cuidado. Este fechamento ressalta a importância da participação ativa do paciente, completando o ciclo que se iniciou com a formação dos profissionais de saúde.

Este livro é um convite à reflexão, ao aprendizado e à ação. Destinado a profissionais de saúde, estudantes, pesquisadores e formuladores de políticas públicas, esperamos que esta obra inspire novas abordagens, estimule o pensamento crítico e contribua para o avanço contínuo das práticas em saúde.

Desejamos a todos uma leitura enriquecedora e transformadora.

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                                                |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Capítulo 1                                                                                                                                                                     |            |
| <b>APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: ENSAIO TEÓRICO</b>                                                                                                    | <b>11</b>  |
| <i>Francisco Jadson Silva Bandeira; Simone Coelho Amestoy</i>                                                                                                                  |            |
| <hr/>                                                                                                                                                                          |            |
| Capítulo 2                                                                                                                                                                     |            |
| <b>ACESSO DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE</b>                                                                                | <b>25</b>  |
| <i>Denilça Souto Silva; Rosana Alves de Melo; Gerlene Grudka Lira; Sylmara Ribeiro de Souza; Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes</i>                                    |            |
| <hr/>                                                                                                                                                                          |            |
| Capítulo 3                                                                                                                                                                     |            |
| <b>VIVÊNCIA DE MÃES DE CRIANÇAS ASMÁTICAS EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM PNEUMOLOGIA</b>                                                       | <b>40</b>  |
| <i>Ailkyanne Karelly Pereira de Oliveira; Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes; João Carlos Sedraz Silva; Rosana Alves de Melo</i>                                       |            |
| <hr/>                                                                                                                                                                          |            |
| Capítulo 4                                                                                                                                                                     |            |
| <b>MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA E PANDEMIA COVID-19: O QUE REVELAM AS NOTIFICAÇÕES DESSE AGRAVO?</b>                                                                      | <b>51</b>  |
| <i>Maíra Kely Amorin Nascimento; Jairan Martins Braz; João Carlos Sedraz Silva; Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes; Sylmara Ribeiro de Souza; Rosana Alves de Melo</i> |            |
| <hr/>                                                                                                                                                                          |            |
| Capítulo 5                                                                                                                                                                     |            |
| <b>ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM JOVENS NAS REGIÕES BRASILEIRAS</b>                                                                       | <b>69</b>  |
| <i>Mariana Pereira Coelho; Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes; Rosana Alves de Melo; Roxana Braga de Andrade Teles</i>                                                 |            |
| <hr/>                                                                                                                                                                          |            |
| Capítulo 6                                                                                                                                                                     |            |
| <b>MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTES TERRESTRES: O IMPACTO NOS ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS EM MULHERES BRASILEIRAS</b>                                             | <b>82</b>  |
| <i>Luana Carvalho Amando Oliveira; Rosana Alves de Melo; Sylmara Ribeiro de Souza; Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes</i>                                              |            |
| <hr/>                                                                                                                                                                          |            |
| Capítulo 7                                                                                                                                                                     |            |
| <b>PROGNÓSTICO E GRAVIDADE DE PACIENTES CRÍTICOS VÍTIMAS DE ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS</b>                                                                                     | <b>97</b>  |
| <i>Sara Larissa de Melo Araújo; Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes; Rosana Alves de Melo; Gleyce Sousa Soares; Luanna Pacheco de Souza</i>                             |            |
| <hr/>                                                                                                                                                                          |            |
| Capítulo 8                                                                                                                                                                     |            |
| <b>ESCORE NEWS 2 NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b>                                                                      | <b>115</b> |
| <i>Tathianne Rayssa Lima Veloso; Simone Coelho Amestoy; Camila Bitterncourt Jacondino; Luanna Costa Pacheco de Souza</i>                                                       |            |

Capítulo 9

**EFETIVIDADE DO COLCHÃO PNEUMÁTICO NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

*Jhenyf Karoline de Araújo Silva; Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes; Rachel Mola; Rosana Alves de Melo*

**137**

---

Capítulo 10

**AVANÇOS NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PÓS-PANDEMIA**

*Amanda Guadalupe Diniz Carvalho; Simone Coelho Amestoy; Ana Dulce Batista dos Santos*

**150**

---

Capítulo 11

**CONTRIBUIÇÕES DO ENVOLVIMENTO DO PACIENTE PARA SUA SEGURANÇA NO PROCESSO DE CUIDAR**

**Sabrina Santos do Nascimento**

*Simone Coelho Amestoy; Ana Cristina Pretto Bão*

**172**

---

**ORGANIZADORAS**

**200**

---

**INFORMAÇÕES DOS AUTORES**

**201**



**Capítulo 1**  
**APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA NA FORMAÇÃO EM**  
**ENFERMAGEM: ENSAIO TEÓRICO**

*Francisco Jadson Silva Bandeira*  
*Simone Coelho Amestoy*



# **APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: ENSAIO TEÓRICO**

*Francisco Jadson Silva Bandeira*

*Simone Coelho Amestoy*

## **RESUMO**

O estudo objetiva tecer reflexões acerca da aprendizagem significativa na formação em Enfermagem. Trata-se de um ensaio teórico embasado na perspectiva de Ausubel quanto a Aprendizagem Significativa. Com base nos preceitos teóricos defendidos pelo autor, há necessidade de transformação no processo educativo, destacando a importância do envolvimento docente-discente na aprendizagem, a partir da valorização do estudante, o qual possui conhecimentos prévios e que estes devem se relacionar ao conhecimento novo, tornando este processo de aprendizagem construtivo, inovador e dinâmico e por sua vez ser significativo e relevante para o aprendiz. Na enfermagem, ainda são escassos, as produções que abordam a temática, porém seu arcabouço teórico pode subsidiar e ancorar a prática docente na enfermagem facilitando o processo de ensino-aprendizagem, tendo o estudante como protagonista de sua formação acadêmica.

## **INTRODUÇÃO**

As transformações da educação superior ganharam força desde as reformulações nas bases curriculares de graduação dos cursos da grande área da saúde, principalmente pela atualização das diretrizes curriculares nacionais (DCN's) na perspectiva holística do mercado de trabalho, que reflete no propósito de entrega de profissionais mais qualificados aos serviços de saúde, no que tange destaque a atuação no SUS (Brasil, 2024; Machado, 2018).

É importante utilizar métodos e modelos inovadores para formação em saúde, com estruturação de currículos que estejam organizados em consonância com essas mudanças e transformações das DCN's, caracteriza-se como uma relevante estratégia metodológica de ensino aprendizagem que contribuirá significativamente para entregar ao mercado de trabalho profissionais mais habilitados ao manejo clínico, assistencial e gerencial, e com o desenvolvimento de competências conceituais, procedimentais e atitudinais adequadas as suas atribuições de profissional do futuro (Bandeira, et al., 2024).

A Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel (2003), por fornecer subsídios ao entendimento do desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem da Enfermagem, servindo como sustentação à prática docente e ao aprimoramento do estudante, enquanto protagonista de sua formação. Aprendizagem significativa é um processo que relaciona o novo conhecimento de forma não-arbitrária e substantiva com os aspectos relevantes que são presentes na estrutura cognitiva. Para o desenvolvimento desta, o indivíduo precisar ter interesse e vontade própria de aprender, expressando o desejo e adquirir e construir novos saberes, estabelecendo assim uma ponte entre o novo e o já existente (Moreira, 2012).

Nesse contexto, justifica-se a influência de Ausubel a partir do seu objetivo teórico em valorizar a interação no processo de aprendizagem do aprendiz, e que começou a ser implementado no Brasil desde os anos 90, e posteriormente estruturar as políticas educacionais da educação básica no país (Dantas, 2018). O professor e pesquisador Marco Antônio Moreira, foi o percussor da teoria de Ausubel no Brasil, traduzindo e publicando sobre aprendizagem significativa, permitindo olhar para os processos formativos de maneira construtivistas, e compreendendo a valorização nos diversos contextos e cenários de aprendizagem, inclusive permitindo avançar a implementação da teoria em outros níveis de escolarização, não apenas no ensino básico/fundamental (Paulo, 2018).

Dessa maneira, em uma busca realizada nas bases de dados científicas brasileira, sobre a aprendizagem significativa no ensino superior e mais especificamente na grande área das ciências da saúde e enfermagem, indicou uma escassez de publicações científicas que evidenciem o desenvolvimento da formação fundamentada na teoria da aprendizagem. Os poucos estudos realizados descrevem um contexto de estudos apenas na grande área das ciências exatas e da terra; e nas áreas das ciências da saúde/enfermagem, de características reflexivas, revisões e resumos de eventos, com evidências

iniciadas a partir de 2010 (Rosa, et al; 2023). Assim, o estudo tem por objetivo tecer reflexões acerca da aprendizagem significativa na formação em Enfermagem.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um ensaio teórico, construído a partir da Teoria da Aprendizagem Significativa e suas contribuições para a formação em Enfermagem. Cabe mencionar que um ensaio é consolidado em sua natureza reflexiva e interpretativa, diferente da forma classificatória da ciência. Deste modo, sua centralidade está na capacidade reflexiva para entender a realidade (Meneghetti, 2011).

Conforme Meneghetti (2011) o ensaio teórico deve ser adotado de maneira consciente ou intencional, ou seja, quando retrata de modo mais pertinente o entendimento do objeto de estudo. Neste sentido, o ensaio busca suprir uma necessidade da sociedade para se expressar. Por este motivo, optou-se por esta abordagem metodológica, por compreender que se adequa ao objetivo do estudo.

### **Teoria da Aprendizagem Significativa: principais conceitos**

A Teoria da Aprendizagem Significativa foi desenvolvida por David Paul Ausubel em sua obra *The Psychology of Meaningful Verbal Learning* no ano de 1963. Ausubel nasceu em 1918, no Brooklin em Nova York nos Estado Unidos da América (USA), com descendência de imigrantes judeus, nascido em um período conturbado de perseguições aos judeus, durante o holocausto. David Ausubel tem em sua biografia a marca da insatisfação com a educação escolar básica que tinha, considerava a abordagem educacional autoritária, impositiva e violenta, seu discurso é que a escola se comparava a um regime de cárcere (Puhl; Müller; Lima, 2020).

Em 1939 formou-se em psicologia e em 1943 concluiu a graduação em medicina, dedicando-se ao aprofundamento de conhecimentos nas áreas de psiquiatria e realizando contribuições significativas na saúde pública internacional. Ausubel ganhou destaque como investigador científico e desenvolveu a sua tese de doutorado na área da psicologia do desenvolvimento e vários estudos sobre a psicologia cognitiva (Moreira, 2012).

Ausubel desempenhou significativo papel de professor em inúmeras universidades pelo mundo, Canadá, Suíça, Itália, Monique, e no Brasil, esteve em 1976 na

Universidade de Campinas e em 1979 nas Universidades do Rio de Janeiro e Universidades de São Paulo. Desenvolveu estudos na psiquiatria no ramo da psicopatologia geral, toxicologia da dependência e psiquiatria forense e na psicologia do desenvolvimento e da educação. Em 1994 encerrou sua trajetória profissional se aposentando das atividades, mas continuou escrevendo e publicando livros na área de produção do conhecimento. David P. Ausubel faleceu em 09 de julho de 2008 aos 90 anos de idade e com uma trajetória profissional marcada por muitas contribuições para formações futuras (Ausubel, 2019; Sousa et al., 2015).

Conforme essa perspectiva teórica, a aprendizagem pode ser dividida em três tipos: aprendizagem cognitiva, aprendizagem afetiva e aprendizagem psicomotora. Ausubel trabalha em sua teoria a aprendizagem cognitiva, definindo-a como um conjunto de conhecimentos que estão armazenados e que se caracterizam na soma total de ideais do indivíduo, significando, pois, o que chamamos de estrutura cognitiva (Ausubel; Novak; Hanesian, 1980).

A estrutura cognitiva se organiza de forma hierárquica, os novos conceitos se ancoram nas ideias previas existentes (Ausubel, 2003). Nessa estrutura existem pontos que se ancoram e vão seguir de ancoragens futuras, seguindo o processo de aquisição de novos conceitos através do ato de adquirir, realizando o armazenamento e a organização das ideias no cérebro do indivíduo, conforme a Figura 1.

**Figura 1.** Hierarquia da estrutura cognitiva, na perspectiva de Ausubel (1968)

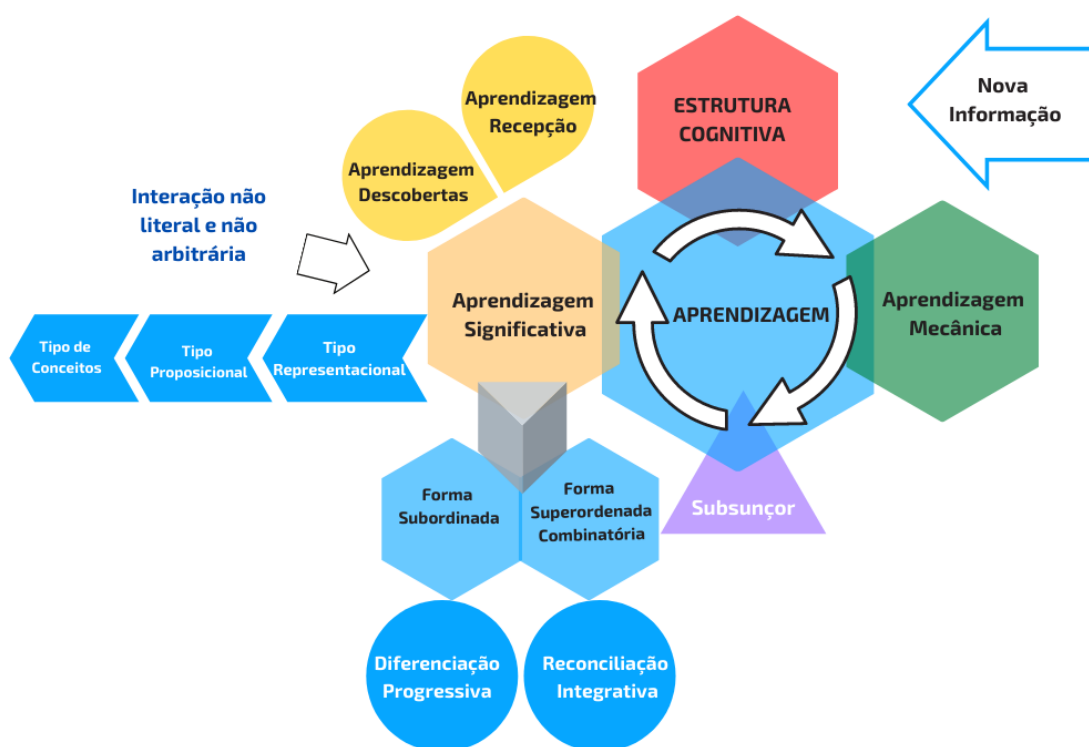


Fonte: Autoria própria (2024).

A estrutura cognitiva tem sua amplitude estrutural a partir das incorporações de novas ideias nela. Essa ampliação acontece por meio das formas de aprendizagem mecânica e significativa, ambas são formas de grande importância para o processo aprender, sendo importante destacar que elas não são em nenhum momento contrárias ou invalidas para a aprendizagem, pelo contrário, cada forma tem sua importância relevância, inclusive entre elas mesmas (Ausubel, 1968).

Nessa perspectiva, Bandeira (2022) elaborou um esquema geral para descrever a aprendizagem baseado na teoria de Ausubel, para compreensão da estrutura cognitiva e suas etapas, conforme a Figura 2.

**Figura 2.** Esquema geral da aprendizagem por Ausubel (1968)

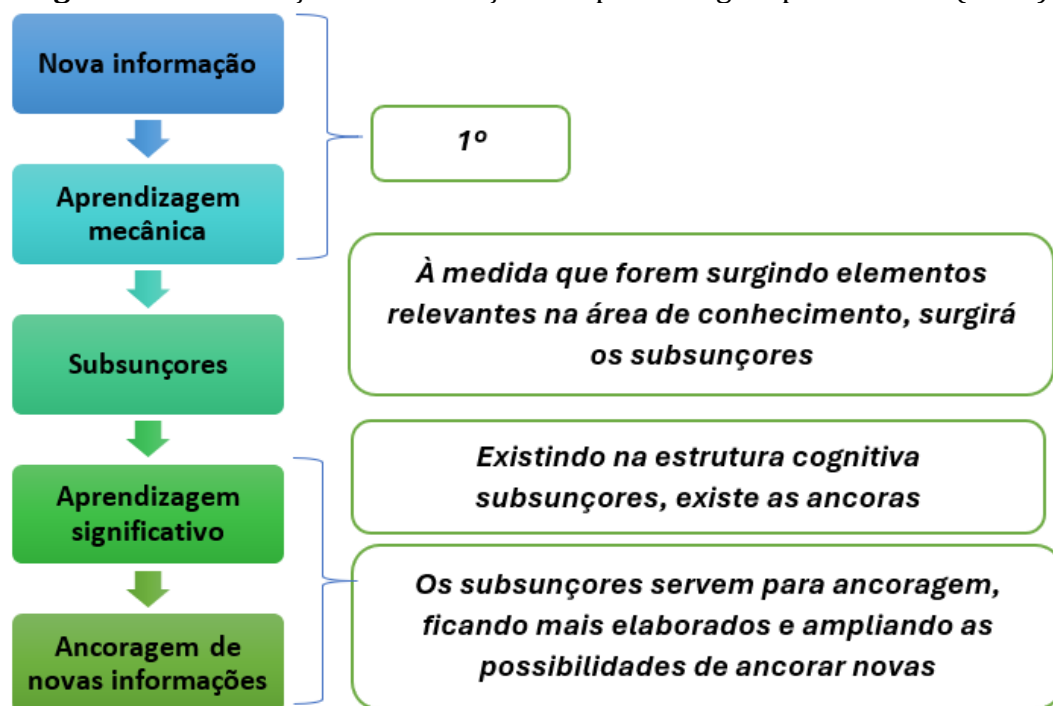


Fonte: Autoria própria (2024).

Na estrutura cognitiva o processo de aprendizagem acontece nas duas formas de aprender, a aprendizagem mecânica é o receptor da nova informação, porém não se relaciona de forma lógica ou clara com a ideia formada do sujeito. É o conhecimento dito como “decorado”, não faz a conexão de ancoragem de ideias, porém tem o papel de servir para ancoragem futura e por sua vez ser subsunção no processo de aprendizagem Ausubel; Novak; Hanesian, 1980).

O subsunçor compõe a estrutura cognitiva do aprendiz como um elemento importante para “atrair os conceitos novos”, servindo como ponto de ancoragem para as novas informações, permitindo ao indivíduo atribuí-lhe significado e assim desenvolver a aprendizagem significativa. Dessa forma o subsunçor é uma conexão entre as novas informações e a aprendizagem mecânica e aprendizagem significativa, conforme a Figura 3.

**Figura 3.** Estruturação do subsunçor na aprendizagem por Ausubel (1968)



Fonte: Autoria própria (2024).

Ainda na perspectiva de conexão de aprendizagem, Ausubel traz os organizadores prévios que são definidos como materiais introdutórios apresentados antes do conteúdo em si, ou seja, são recomendados para que sirvam de ancoras para o aprendiz e levaram ao conceito de subsunçor para facilitar a aprendizagem subsequente. Sua principal função é ser ponte entre o que já se sabe, e o que se deve saber, cujo objetivo é que aquele conteúdo seja aprendido de forma significativa (AUSUBEL, 2003)

Na aprendizagem significativa as novas informações buscam interagir com os aspectos mais relevantes que já existem na estrutura cognitiva do indivíduo, inclusive as ideias que já foram aprendidas de forma mecânica “decoradas, se caracterizando por não ser arbitrária, ou seja, não é forçada e não é obrigatória, e de forma substantiva se explicando de forma clara, com suas próprias palavras, transmitindo o mesmo significado.

Sendo essa aprendizagem por recepção que consiste no conhecimento recebido que interage com o próprio já existente, e a aprendizagem por descobertas, por meio de filmes, vídeos, livros que o indivíduo vai procurar descobrir novos conceitos (MOREIRA, 2011).

Para a aprendizagem ser classificada como significativa, é preciso que exista uma relação entre os subsunçores e a estrutura cognitiva, o material aprendido deve ser incorporado na estrutura cognitiva. O material que se apresenta como informação precisa ser potencialmente significativo (Moreira, 2012).

A aprendizagem significativa perpassa os princípios de compreensão na qual o aprendiz precisa dar sentido aos significados de clareza, precisão, diferenciação e transferência, ou seja, o aprendiz deve ter esses quatro importantes aspectos (Agra et al., 2019; Sousa et al 2015).

A aprendizagem significativa ainda se apresenta por sua vez em três formas, a aprendizagem representacional, na qual o aprendiz relaciona os objetos aos conceitos; a aprendizagem de conceitos, a aquisição de conceitos por meio de formação, quando o aprendiz tem contato direto com o objeto e gera a aprendizagem por experiência, e por assimilação, na qual o conceito se reproduz a medida que o aprendiz amplia o seu vocabulário, diferentes tipos de objetos com o mesmo conceito, mas formas diferentes.; Aprendizagem proposicional, que consiste na combinação e na relação de várias palavras de forma a produzir novas proposições que sejam conotativas ou denotativas, formando um conjunto de variáveis (Andrade, Camargo, 2020)

Ainda na perspectiva de aprendizagem significativa pode-se destacar o uso da teoria da assimilação, que refere a nova informação potencialmente significativa, em seguida é realizada a relação de assimilação do objeto, posteriormente o conceito e a conexão com o subsunçores existentes na estrutura cognitiva e por fim o produto interacional modificado pelo subsunçores e gerando a nova informação por assimilação da primeira. As novas informações se tornam espontâneas e progressivamente menos dissociáveis dos subsunçores até não sejam mais reproduzíveis como entidades individuais (Sousa, 2012).

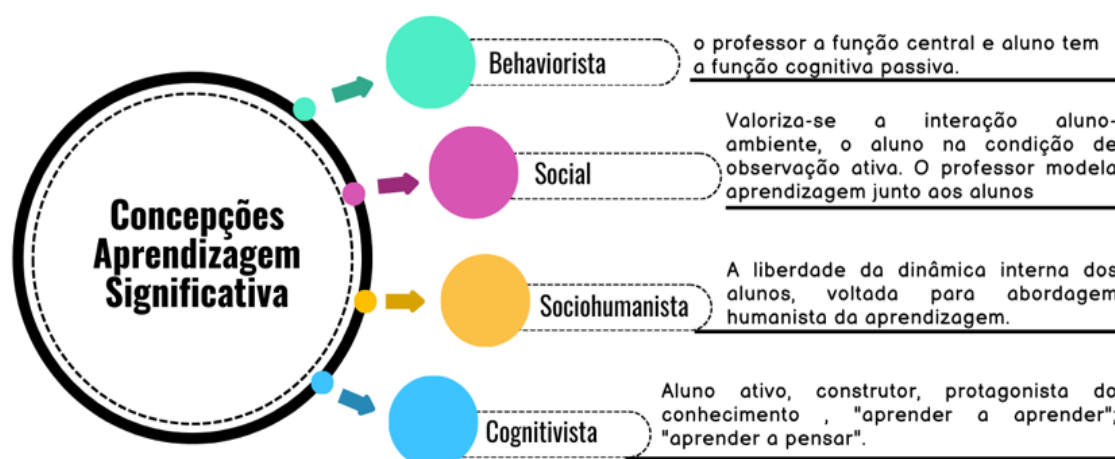
Existem forma distintas de aprendizagem significativa, sendo elas: subordinada, na qual existe uma subordinação do novo material em relação a estrutura cognitiva preexistente; a superordenada, que o novo material mais geral e inclusivo e assimilar aos de estrutura cognitiva pré-existente; e a combinatória, quando se faz uso de análogos para seu entendimento e compreensão (Moreira, 2012).

Na aprendizagem significativa no decorrer do processo de captação de novas informações e ideias ancoras vão existir na aprendizagem subordinada a diferenciação progressiva e na aprendizagem superordenada combinatória a reconciliação integrativa. Quando as ideias são apresentadas de forma gradual partindo do geral para o mais específico de forma progressiva, se caracteriza a diferenciação progressiva. A partir dos níveis mais complexos do conhecimento apresentado o aprendiz identifica diferenças e semelhanças em relação ao conhecimento já existente caracterizando a reconciliação integrativa (Sousa, 2015).

O docente tem um papel importante na condução da aprendizagem significativa, destacando quatro tarefas fundamentais, sendo elas: identificar a estrutura conceitual e proposicional da matéria de ensino; identificar os subsunçores; diagnosticar o que o estudante já trazer de bagagem de conhecimento, ou seja, “o que já sabe”; ser facilitador no processo de aquisição de novas informações e conceitos (modo significativo e relevante) (Ferreira; Silva; Silva Filho, 2022).

Uma discussão recente sobre o conceito de aprendizagem significativa a luz da teoria de Ausubel foi publicada através do estudo Angra, et al., 2019, que enfatiza a importância da compreensão conceitual fundamentada nos princípios da teoria e suas concepções construtivistas para que se possa referir-se à teoria na integra. Dessa forma, é descrita as concepções de diversas abordagens da teoria da aprendizagem significativa na Figura 4, nas quais são importantes para compreender os níveis de desenvolvimento construtivos do aluno no processo de ensino aprendizagem (Angra et al., 2019).

**Figura 4.** Concepções construtivistas da aprendizagem significativa



Fonte: Angra et al. (2019).

A compreensão e o entendimento da teoria desde os seus pressupostos são fundamentais para conhecer e conceituar de forma adequada, e assim validar o uso de uma teoria como suporte educacional que impacta positivamente na qualidade da formação.

### **A influência da Teoria da Aprendizagem Significativa**

Esse construto parte da compreensão inicial da influência da teoria da aprendizagem significativa de Ausubel no Brasil teve início com a introdução de princípios teóricos na Pontífice Universidade Católica em São Paulo (PUC- SP) pelo professor Joel Martins doutor em Psicologia Educacional na década de 90, nas disciplinas que ele era docente (Dantas; 2018). Os estudos sobre a aprendizagem significativa foram expandindo no Brasil, e nesse contexto a lei de diretrizes e bases da educação nacional (Lei nº 9.393/96) teve interferência da teoria de Ausubel, tendo em vista a valorização no processo de ensino aprendizagem do estudante interagindo com os recursos científicos e tecnológicos, como estratégia de desenvolvimento cognitivo no contexto loco-regional, e dessa forma a teórica faz sua imersão no político-educacional brasileiro (Abreu; 2016).

A partir desse contexto, em 1998, a teoria de Ausubel compõe o documento que descreve as Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino fundamental, valorizando o conhecimento já existente no contexto sociocultural da sua vida e a prática docente frente ao processo de aprendizagem (Abreu; 2016). A pressuposição teórica de Ausubel tem sua base na educação básica, contudo, nesses documentos da inserção política da teoria da aprendizagem significativa no Brasil, apontam para caminhos em outros níveis de ensino quando relaciona a consolidação de etapas de aquisição de conhecimento e a possibilidade de avançar no processo de formação, observando a possibilidade de inserir a teoria em outros cenários da educação, permitindo seguir seus princípios e diretrizes teóricas (Brasil, 1996).

No contexto da teoria da aprendizagem significativa, tem-se um percussor importantíssimo, o professor Marco Antônio Moreira, nascido em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, que vem dedicando sua vida ao ensino e à pesquisa em Ensino de Física. Licenciado em Física pela Faculdade de Filosofia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 1965, concluiu o mestrado em Física, pela UFRGS em 1972 e tornou-se Ph.D. em Ensino de Ciências pela Cornell University, USA em 1977 (Paulo, 2018).

Durando o doutorado, Moreira foi orientado pelo professor e pesquisador Joseph Novak, um dos discípulos de David Ausubel, fundador da Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS). Assim, o professor Moreira dedicou-se em traduzir e fazer novas publicações de obras de Ausubel, além de implementar a teoria no processo de ensino aprendizagem da física e das ciências, contextualizando todas os princípios que contribuem para aprendizagem significativa nas mais diversas situações de formação (Paulo, 2018).

Dessa maneira, os princípios da teoria possibilitam refletir sobre a qualificação dos processos de ensino aprendizagem em quaisquer níveis de formação, entendendo que ocorre em diversas fases da vida e que se torna significativa exatamente por valorizar as experiências, vivências e conhecimento prévio (Rosa, et al; 2023). Partindo desse princípio, Rosa et al (2023), realizou um estudo com abordagem da aprendizagem significativa no ensino superior no Brasil, em um recorte temporal de 2010 a 2020, onde o número de publicações foi baixíssimo, onde todos os cursos estavam na grande área de exatas e da terra.

Nesse aspecto a escassez de publicações na grande área das Ciências da Saúde e na Enfermagem, foi possível encontrar revisões de literatura, resumos em anais e poucos artigos de natureza reflexiva, voltada para ações de intervenção ou análise conceituais. Foi encontrado um trabalho de dissertação, contudo nenhuma publicação científica a respeito da produção acadêmica. Dessa forma compreende-se a relevância desse estudo como forma de impulsionar novas pesquisas e ampliar a visibilidade sobre a aprendizagem na área da enfermagem e em outras campos das ciências da saúde.

Ausubel (2003) enfatiza em sua teoria a necessidade de transformação no processo educativo, destacando a necessidade do envolvimento docente-discente na aprendizagem, valorizando que o aprendiz tem seus conhecimentos prévios e que estes devem se ligar ao novo, tornando este processo de aprendizagem construtivo, inovador e dinâmico e por sua vez ser significativo e relevante para o aluno.

Dessa forma a apropriação de estratégias de ensino inovadoras em sala de aula, passam a ser ferramentas essenciais do professor, sabendo que elas se caracterizam como estratégias de aprendizagem significativa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria de Ausubel aponta para importância do docente diante da operacionalização de aprendizagem significativa, sendo o professor o motivador e estimulador que será capaz de despertar o desejo e o interesse e o engajamento do estudante em querer ir além, promover a aproximação da realidade problematizadora, com a finalidade de facilitar a condução e resolução de situações problema do cotidiano da enfermagem.

Na enfermagem, ainda são escassos, as produções que abordam a temática, porém seu arcabouço teórico pode subsidiar e ancorar a prática docente na enfermagem facilitando o processo de ensino-aprendizagem, tendo o estudante como protagonista de sua formação acadêmica.

## REFERÊNCIAS

ABREU, N.S. **Aprendizagem Significativa nos documentos oficiais nacionais, com ênfase para Ciências e Ensino Fundamental**. Revista Educação Pública. Rio de Janeiro, 2016, n.16, ed. 6, p.1-4, mar.2016.

AGRA, G. et al. **Análise do conceito de Aprendizagem Significativa à luz da Teoria de Ausubel** Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(1):258-65.  
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0691>

ANDRADE, M. D.; CAMARGO, R. A. A. **Promoção da aprendizagem significativa no contexto da saúde, educação e cultura**. Temas em Educ. e Saúde, Araraquara, v. 16, n. 1, p. 201-214, jan./jun., 2020. Disponível em:<  
<https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/13469/9316>>

AUSUBEL, D. P. **Educational psychology: a cognitive view**. NewYork, Holt, Rinehart, and Winston Inc., 1968.

AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. **Psicologia Educacional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980

AUSUBEL, D.P. **Aquisição e Retenção de Conhecimentos: Uma Perspectiva Cognitiva**. Portugal: Paralelo Editora, 2003.

AUSUBEL, D.P. **Home**. Disponível em: <http://www.davidausubel.org/index.html>. 2019. Acesso em: 05 ago. 2024.

BANDEIRA, F.J. et al. **Aprendizagem significativa na formação de enfermagem: revisão integrativa**. CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES. 17, 3 (Mar. 2024), e5487. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.3-106>

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília. 1996. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9394compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394compilado.htm) . Acesso em: 3 jun. 2022.

BRASIL Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). **Notícia - Câmara de Educação Superior do CNE aprova Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Enfermagem**. 5 de julho de 2024. [https://abennacional.org.br/post\\_noticia/1371/](https://abennacional.org.br/post_noticia/1371/)

DANTAS, F.C. **Diretrizes para aprendizagem significativa no ensino da enfermagem: uma contribuição para o cuidado**. Dissertação (Mestrado acadêmico em ciências do cuidado em saúde) - Universidade Federal Fluminense. Programa de Pós-graduação em Ciências do Cuidado em Saúde. São Paulo, p.155. 2018.

FERREIRA M.; SILVA, A. L. S; SILVA FILHO, O.L. **Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS) e o Ensino de Ciências pela Pesquisa (ECP): interfaces a partir de uma revisão narrativa da literatura**. Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências (RBPEC) v.22 (2022).

MACHADO, L. B. et al. **Metodologias ativas associadas ao uso de tecnologias no âmbito educacional: produções científicas de enfermagem uma revisão integrativa de literatura**. Educação & Linguagem, v. 21, n. 2, p. 59-82, 2018. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/229049727.pdf>

MENEGHETTI, F.K. O que é um ensaio teórico? **Revista de administração contemporânea** [Internet]. 2011;15(2):320-32. 2024 Disponível jun em: <https://www.scielo.br/pdf/rac/v15n2/v15n2a10.pdf>

MOREIRA, M. A. **Al final, qué es aprendizaje significativo?. Currículum: revista de teoría, investigación y práctica educativa**. La Laguna, Espanha. N. 25 (marzo 2012), p. 29-56, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/96956/000900432.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MOREIRA, M. A. **O que é afinal aprendizagem significativa. Aprendizagem significativa: a teoria e textos complementares**. São Paulo: Livraria de Física, 2011.

PAULO, I.J.C. **Marco Antônio Moreira – O professor, o investigador, o ser humano**. Revista do Professor de Física. Brasília, v.2, n.3, 76-80, mar 2018

PUHL, C.S; MÜLLER T,J; LIMA I.G. **As contribuições de David Ausubel para os processos de ensino e de aprendizagem**. REVISTA DYNAMIS. FURB, BLUMENAU, V.26, N.1, 2020 – P. 61 - 77

ROSA A.W, et al. **Aprendizagem significativa no ensino superior: uma revisão dos trabalhos publicados em periódicos nacionais.** Revista Insignare Scientia. V.6, n.4. 2023

SOUSA, A. T. O., et al. **A utilização da teoria de aprendizagem significativa no ensino da enfermagem.** Rev.Bras.Enfer. Rio de Janeiro/RJ, v. 64, n. 4, p.713-722. ISSN: 0034-7167. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/reben/a/kTwtbYttbRcLp45mBCHFfFv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 agosto.2024.



**Capítulo 2**  
**ACESSO DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:**  
**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

*Denilça Souto Silva*  
*Rosana Alves de Melo*  
*Gerlene Grudka Lira*  
*Sylmara Ribeiro de Souza*  
*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*



# ACESSO DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

*Denilça Souto Silva*

*Rosana Alves de Melo*

*Gerlene Grudka Lira*

*Sylmara Ribeiro de Souza*

*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*

## RESUMO

**Objetivo:** descrever os desafios do acesso à saúde dos homens na Atenção Primária à Saúde na ótica dos Agentes Comunitários de Saúde. **Metodologia:** estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido com 15 Agentes Comunitários de Saúde de duas unidades básicas de Saúde localizadas no município de Petrolina, Pernambuco, de julho a agosto de 2022. Os dados foram obtidos por meio de uma entrevista semiestruturada e analisados pela análise de conteúdo temática. **Resultados:** os entrevistados revelaram que existem desafios para acesso do homem ao serviço de saúde, e estes estão atrelados a fatores como incompatibilidade de horário e resistência masculina. Outro aspecto levantado refere-se ao medo da descoberta de alguma doença. **Conclusão:** O acesso aos serviços de saúde pelo homem apresenta dificuldades atreladas a questões próprias do homem, bem como do funcionamento da rede. Dessa forma é necessário trabalhar medidas de motivação ao público e ampliar as estratégias de atuação da rede para maior adesão.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema complexo, responsável pela articulação e coordenação das ações promocionais de saúde e de prevenção de agravos

com as de cura e reabilitação, perpassa não somente pela assistência à saúde. É norteado por princípios e diretrizes os quais se encontram explícitos nas normas que o estruturam, especialmente na Constituição e na Lei nº 8.080/90 (Freitas; Araújo, 2018).

Nesse contexto tem-se a Atenção Primária à Saúde (APS) a qual é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza como o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção, proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido (Ministério da Saúde, 2017).

Aliado a isso, nota-se que o acesso aos serviços de saúde é uma condição necessária para a garantia do cuidado. Dessa forma a definição do termo acesso é complexa e abrangente, tendo como principais características a dimensão da disponibilidade, que constitui a relação geográfica entre a instituição física de saúde e o indivíduo, o tempo de deslocamento e a forma de seus custos (Campos, et al., 2014). É notório que, apesar dos avanços alcançados com as garantias constitucionais, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde ainda é considerada como um dos principais desafios a serem enfrentados no Brasil (Miranda, et al., 2017).

Além disso, considerando os altos índices de morbimortalidade que acometem a população masculina, o Ministério da Saúde formulou a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH), oficializada em 2009. Dessa forma a criação da PNAISH se deu a partir da baixa adesão dos homens ao sistema de saúde de forma preventiva e promocional, demandando uma atenção mais especializada impactando sobre o aumento dos gastos para o SUS (Rocha, et al., 2016).

Nesse sentido, alguns fatores predispõem a baixa adesão da população masculina aos serviços de saúde prestados pela APS, como receio em descobrir enfermidade, papel de provedor, ambientação feminina, exigências burocráticas em excesso, rotatividade dos profissionais de saúde, falta de qualificação dos profissionais de saúde para abordagem de questões relacionadas ao público masculino. Somado a isso, um agravante nessa população é sua maior exposição às situações de risco para saúde, tais como acidente de trânsito, alcoolismo (Ministério da Saúde, 2018).

Neste contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ocupam um papel de destaque no acolhimento por estabelecer a articulação entre os serviços de saúde e o

território, a partir do conhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença e da necessidade de conjugar ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde. A atividade predominante desses trabalhadores é a visita domiciliar, que consiste no acompanhamento das condições de saúde das famílias de sua microárea e na busca ativa de situações específicas (Morosini; Fonseca, 2018).

Nesta perspectiva, as impressões dos ACS podem ser um subsídio para identificar as dificuldades relacionadas ao acesso do homem aos serviços de saúde da APS e possibilitar estratégias de planejamento das ações para a maior adesão. Portanto, esse estudo foi conduzido pela seguinte pergunta norteadora: as impressões dos ACS podem ser um subsídio para identificar as dificuldades relacionadas ao acesso do homem aos serviços de saúde da APS e possibilitar estratégias de planejamento das ações para a maior adesão? Assim, o objetivo foi descrever os desafios do acesso à saúde dos homens na Atenção Primária na ótica dos Agentes Comunitários de Saúde.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva tem finalidade de elaborar características, proporcionando visões de uma realidade existente, fazendo uso da observação, registro, análise, classificação e interpretação diante do contexto sem qualquer interferência (Santos, et al., 2019). Já a abordagem qualitativa aborda a construção de categorias, utilizando dados resultantes dos relatos dos participantes ou de observações de campo, discutindo com a base da literatura pertinente sobre os achados (Dias, 2017).

O estudo foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma UBS da zona urbana e uma UBS da zona rural, localizadas no município de Petrolina, Pernambuco. Os critérios de inclusão consistiram em ser ACS, da zona rural ou urbana, que estavam no exercício das suas atividades no período da coleta. Os critérios de exclusão dos participantes estavam relacionados ao afastamento por gozo de férias ou licença, ou em ocupação de cargo de gestão no período de coleta de dados, bem como aqueles que apresentaram respostas incompletas ao objetivo do estudo. Assim, 15 ACS foram inseridos na amostra.

O processo de amostragem foi do tipo não probabilístico e a interrupção da coleta se deu por saturação dos discursos. Amostragem por saturação estabelece o tamanho

final do estudo por meio da interrupção da captação de novos componentes à medida que os dados obtidos apresentam uma redundância ou se repetem e assim nortear a finalização da coleta (Fontanella; Turato, 2008). A coleta de dados ocorreu entre julho e setembro de 2022 por meio de uma entrevista semiestruturada. O roteiro foi composto por duas partes, sendo a primeira constituída por perguntas objetivas que possibilitaram fazer uma caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes e a segunda parte com questões subjetivas a respeito do acesso do homem aos serviços de saúde.

A realização das entrevistas foi agendada previamente, intermediada pelas enfermeiras, realizada individualmente, em local privativo na UBS, gravada, com duração média de 30 minutos. Após a entrevista, as falas foram transcritas integralmente no programa Microsoft Word e codificadas de forma numérica ordinal para manter o anonimato dos participantes, os quais foram identificados pela inicial E de “entrevistado”, seguido do número da ordem de realização da entrevista (E1, E2, E3...).

A análise se deu pelo método de análise de conteúdo de Bardin, estruturada em três momentos: Pré-análise; exploração do material; e tratamento dos dados obtidos, inferência e interpretação (Bardin, 2016). A pré-análise é a fase da organização e sistematização das ideias, selecionando os materiais que serão submetidos à análise e formando hipóteses e objetivos. A exploração do material compreende a codificação, a decomposição ou a enumeração dos dados. O tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação, diz respeito ao tratamento dos resultados brutos, propondo então inferência e interpretação (Bardin, 2016).

O estudo atendeu às recomendações éticas das Resoluções nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 05 de Julho de 2022, sob parecer consubstanciado nº 5.510.273, por certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) nº 58219422.6.0000.5191.

## **RESULTADOS**

### **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO ACS**

Aceitaram participar da entrevista 10 ACS da zona urbana e 05 ACS da zona rural, sendo 12 mulheres e três homens, totalizando 15 participantes. Em relação ao grupo etário os entrevistados tinham entre 33 e 53 anos de idade, sendo dois (13,3%) de 30 a

39 anos, doze (80%) de 40 a 49 anos de idade, e um (6,6%) de 50 a 53 anos de idade. Quanto à escolaridade, oito (53,3%) possuíam ensino médio completo, três (20%) com graduação. Dos três entrevistados com graduação, dois possuíam pós-graduação (13,3%), um participante tinha curso técnico (6,6%) e outro graduação em andamento (6,6%). O tempo de atuação na APS variou de 10 a 27 anos, sendo a maioria (93,33%) dos ACS com mais de 10 anos de experiência, o que contribuiu para o enriquecimento dos conteúdos das falas. Desse modo, a partir da apreensão dos temas, foi possível estabelecer 04 categorias de análise: Dificuldades do acesso relacionadas a atividades laborais; A resistência masculina e os entraves identificados para o seu acesso pela equipe; Estratégias de acesso à saúde amparada pelo contexto familiar e campanhas de educação; Baixa adesão relacionada às questões culturais e estruturais do serviço de saúde.

## **DIFICULDADES DO ACESSO RELACIONADAS A ATIVIDADES LABORAIS**

Quando solicitados para falar sobre a assistência prestada à população masculina, os ACS relataram como fator negativo, as dificuldades da prestação da assistência direta considerando a ocupação masculina pelo trabalho, receio e medo das ACS de sofrer assédio por esse público.

*A assistência à classe masculina [...] acaba sendo meio escassa, pois os homens dificilmente são pegos no domicílio em horário de visitas, os que temos contato, nem sempre estão dispostos a falar suas intimidades [...] fico meio receosa, devido a fatores como medo de assédio. [...] Tenho medo do que posso sofrer por ele. (E1)*

*Difícil prestar assistência sendo que, os homens da minha micro-área muitos trabalham. [...] estando mais as mulheres ou filhos em casa. (E4)*

*Incompatibilidade do horário de funcionamento da Unidade. (E5)*

*É difícil, porque a maioria trabalha fora, deixando a desejar a visita domiciliar. (E9)*

*É meio complicado prestar assistência ao público masculino. [...] aos que encontro faço uma abordagem direta, sobre os cuidados. (E13)*

*Nossa abordagem é generalizada, exceto, quando encontramos fatores relevantes, exemplo homens que estão doentes, fumam, bebem, peso acima do ideal, ou reclamam de algum sintoma. [...] existe também a orientação no caso campanha voltada para esse público [...] na unidade básica, o preparo também é generalizado, não há uma facilidade para inserir ou política de saúde. (E3)*

*Faço abordagens diretas, mostro a essa população a funcionalidade do sistema de saúde. [...] faço busca ativa em comorbidades, incentivando a consulta médica. (14)*

## **A RESISTÊNCIA MASCULINA E OS ENTRAVES IDENTIFICADOS PARA O SEU ACESSO PELA EQUIPE**

Ao abordar sobre os desafios para a inserção do homem nas ações da APS, os ACS mencionaram diversos fatores relacionados à dificuldade do acesso do homem ao serviço de saúde, como resistência do homem ao atendimento, falta interesse dos homens em participar das ações, o não cuidado com a própria saúde. Além desses destaques, as ações das unidades muito voltadas para mulheres, também foram fatores apresentados como dificuldades.

*Falta abertura para falar assuntos mais relacionados à masculinidade, Quando aprofundo minha conversa com um homem me sinto à vontade apenas se a esposa estiver ao lado do diálogo [...]. Eles dizem que estão bem e quem não tem tempo. (E1)*

*Mal atendimento da equipe, [...] acho que não estão preparados para o público masculino. Nada voltado para os homens, só no novembro Azul, mas é difícil inserir o homem [...] foca mais nas mulheres. (E2)*

*No trabalho do ACS é encontrar o homem em casa. [...] sensibilizá-lo da importância da prevenção [...] é pouco atrativo no aspecto de facilitar o acesso do homem. (E3)*

*Difícilmente os homens participam quando tem algum evento [...] são complicados de ir, até na campanha do novembro azul. [...] é complicado de inserir na atenção básica. (E5)*

*Não há muito interesse do homem, são poucos os que procuram a unidade. (E7)*

*Eles alegam que não podem perder o dia de trabalho. [...] não está doente para buscar a unidade, eles têm uma resistência. [...] mas aos que nos dão atenção, tento convencer da importância de cuidar da saúde. (E11)*

*Na maioria das vezes é ausente. [...] é difícil encontrar em casa complicado prestar assistência ao homem são resistentes demais. (E12)*

*Trabalho, medo de descobrir algo [...] atraso no atendimento e tratamento. (E14)*

## **ESTRATÉGIAS DE ACESSO À SAÚDE AMPARADAS PELO CONTEXTO FAMILIAR**

Ao abordar sobre as estratégias utilizadas pelos ACS para estimular a participação dos homens na Atenção Primária, identificou-se a existência da estratégia do Novembro Azul, bem como de utilizar o familiar para auxiliar na conscientização do homem para seu cuidado de saúde.

*Relevo que o homem no Brasil morre mais cedo que a mulher e o principal motivo é a falta de cuidado com a saúde. [...]nas campanhas esclareço que é importante a presença do mesmo. (E3)*

*Enfatizo que geralmente os homens morrem mais e que a expectativa de vida das mulheres é maior e que o homem morre antes. [...]tem muito preconceito [...] a gente tenta conversar, chamar, conscientizar a participar da Atenção básica, mas, poucas vezes dá certo[...]acho que deveria ter um dia específico para saúde do homem. (E5)*

*No momento não temos estratégias por causa da Covid-19. [...] tento incentivar a ir na unidade. [...] temos o Novembro Azul todos os anos. (E8)*

*É complicado, mas tentamos levar informação a ele sobre os cuidados na saúde. (E10)*

*A única estratégia é o novembro azul, trabalhamos o mês todo com orientação. Envolvemos a esposa e os filhos na importância de levar os homens a unidade de saúde. (E11)*

*Utilizo mais as esposas, oriento para que elas estimulem seus maridos a procurar o posto de saúde para fazer consulta de rotina. [...]mas aí fica difícil pela questão que eles se posicionam em relação ao tempo [...] oriento para quando estiver de férias comparecer à unidade. (E15)*

## **BAIXA ADESÃO RELACIONADA ÀS QUESTÕES CULTURAIS E ESTRUTURAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE**

Emergiram das falas vários motivos que levam a baixa adesão do homem aos serviços de saúde da atenção primária, os participantes relataram que: O machismo, a falta de políticas públicas, a questão da burocracia no serviço, dificuldade na oferta de vagas, como também a demora no atendimento e no resultado de exames, questão cultural e de gênero também foram descritas como fatores contribuintes para baixa adesão da população masculina

*O machismo acaba dificultando um pouco a relação Unidade de Saúde. [...] acham que não adoecem. [...] há aqueles que são mais conscientes, por outro lado, existem os mais resistentes[...]horário de atendimento na UBS não é favorável. (E1)*

*[...] Falta políticas públicas em prática para o homem [...]o horário não é compatível com o horário de atendimento são provedores da família [...] falta de orientação da equipe a eles em relação à saúde do homem e aos cuidados. (E2)*

*[...] cultura machista, onde prega que o homem é forte. [...] não precisa ir ao médico [...] a maioria trabalha no mesmo período do horário do posto. (E3)*

*[...] Questão cultural, o homem não tem a mesma cultura que a mulher é também questão de gênero, o serviço é mais voltado para mulher[...]eles não ligam para sua saúde [...] o preconceito, a cultura masculina machista que o homem não adoece e que tem ser forte[...]a falta de adesão aos serviços de saúde está enraizado na população masculina. (E5)*

*baixa qualidade do serviço público, demora nas marcações de consultas especializadas e exames. (E6)*

*Não gostam de ir ao Posto de Saúde, por causa do trabalho [...] falta de paciência de esperar ser atendido. (E8)*

*É cultura deles acharem que não precisa. [...] eles acreditam que não ficam doentes. (E11)*

*O trabalho da equipe não está sendo feito de acordo com a política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem. [...] falta acolhimento e humanização da recepção principalmente. (E13)*

*Querem consultar no mesmo dia que vão à unidade. [...] e aí às vezes o dia que é marcado ele não vai está disponível para ir [...] os exames que demoram para ser marcados. (E15)*

## **DISCUSSÃO**

Os resultados da análise mostraram uma predominância de profissionais do sexo feminino na faixa etária adulta. Estudos realizados na região Sul do Brasil e em um município da Zona da Mata Mineira, apontam resultados semelhantes com predomínio do sexo feminino entre os ACS, a maioria com ensino médio completo (Rampelotto, et al., 2022; Andrade, et al., 2018).

A predominância de mulheres na profissão de ACS pode ser explicada devido a resistência da própria comunidade ao ACS do sexo masculino, e pelo fato de exercer o papel de cuidadoras na sociedade (Dantas, et al., 2020). Por certo o trabalho do ACS, requer qualidades específicas às mulheres, como paciência, cuidado e resistência pelo fato das mulheres assumirem a atribuição de cuidadora na sociedade (Andrade, et al., 2018).

Quanto à escolaridade dos ACS destaca-se que a maioria possuía ensino médio completo, seguido de graduação e pós-graduação. Indo ao encontro desta pesquisa pode-se citar a Lei nº 15.595/2018, a qual procurou preencher as lacunas deixadas pela Lei nº 11.350/2006 em relação às atividades a serem desenvolvidas por esses trabalhadores e os requisitos para ocuparem o cargo, como a ampliação do grau de formação deste

profissional, em que o trabalhador deverá ter concluído o Ensino Médio (Brasil, 2018). Nesse sentido, salienta-se que esses profissionais continuam se qualificando.

Ressaltando que (93,33%) dos participantes afirmaram ter de mais de 10 anos de tempo de serviço, dessa forma nota-se que este tempo coincide com a regulamentação da categoria do ACS, que se deu a partir da Lei nº 11.350/2006, criando assim uma nova oportunidade de trabalho para essas pessoas (Brasil, 2018).

No que diz respeito à assistência prestada à população masculina pelos ACS, percebeu-se que há limitações na assistência ao homem. Essas lacunas estão relacionadas à resistência que o homem apresenta em procurar o serviço de saúde e por ele não se encontrar em casa nos momentos da visita domiciliar devido ao trabalho. Estudo semelhante aborda que o público masculino é resistente em reconhecer suas necessidades (Dantas, et al., 2015). Destaca-se ainda a adoção, pelo homem, de um comportamento baseado em um modelo de masculinidade, em que não cuida da própria saúde e acreditam que são mais resistentes às doenças (Carneiro; Santos; Macena, 2016).

A partir das falas dos entrevistados foi possível observar que, além das questões relacionadas ao trabalho, havia sentimento de medo do homem em descobrir alguma enfermidade. Já em relação aos serviços, relataram sobre o atraso no atendimento e tratamento, o qual há priorização de atividades para o público feminino na APS.

Outro aspecto que contribui para o distanciamento dos homens dos cenários das unidades de saúde da Atenção Básica é o receio em descobrir enfermidade e alguma patologia (Santos; Santos, 2017). E quando não apresentam problema de saúde aparente ou que não incomode, acreditam que não há necessidade de procurar pelos serviços de atenção primária (Carneiro; Adjuto; Alves, 2019).

Nota-se a partir da fala dos entrevistados que são utilizadas estratégias no novembro Azul para estimular a participação dos homens na Atenção primária são incorporadas orientações sobre o cuidado com a saúde, uma vez que os ACS percebem várias formas de resistência por parte da população masculina. Pode-se observar que esse hábito faz parte do cotidiano desses profissionais principalmente no mês de novembro, uma vez que fica mais fácil incentivar o acesso à saúde por meio de informações acerca dos cuidados com saúde, por conseguinte entende que o ACS possui responsabilidade quanto à realização da educação em saúde.

Estudo realizado no município de Niterói RJ aponta que todos os profissionais da saúde disseram não ter estratégia específica para ofertar e não sabem como estabelecer

vínculo com o público masculino. Mas, tentam informar quanto à necessidade sobre prevenção das doenças, em especial do câncer de próstata e das doenças crônicas como hipertensão e diabetes, oferecem orientações gerais, não atendem as particularidades da população masculina (Daher, et al., 2017).

Outros estudos destacam que deveriam ser realizadas e intensificadas as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças direcionadas ao público masculino através de campanhas de conscientização e educação, sobre diversas temáticas, chamando a atenção do homem. E que as estratégias podem proporcionar ambientes adequados e consecutivamente, profissionais de saúde mais satisfeitos (Rampelotto, et al., 2022). Por outro lado, autores destacam que a questão da ausência de práticas voltadas para o público masculino pode ser caracterizada como despreparo das instituições de saúde (Silva, et al., 2020).

Fato que os achados nessa análise sobre a cultura machista corrobora com outros autores que mencionam o motivo pelo qual os homens não são vistos com frequência nas UBS se deve a cultura machista empregada ao longo dos anos (Carlos, et al., 2018). Outro estudo reforça a ideia que a questão de gênero, dificulta o acesso ao serviço de saúde, onde alguns homens adotam um comportamento baseado em um modelo de masculinidade, não cuida da própria saúde, acreditam que são mais resistentes às doenças (Carneiro, et al., 2016). Em outro estudo o autor justifica que a prevenção de doenças e a promoção da saúde são vistas como algo inerente às mulheres, podendo ser compreendidas como parte da concepção tradicional de gênero, em que o cuidado e a preocupação com a saúde estão ligados ao gênero feminino (Carneiro; Adjuto; Alves, 2019).

Porém, é importante ressaltar que não são só as questões culturais, e de gênero, que dificulta a adesão do homem aos serviços de saúde, sendo necessário levar em consideração a questão da falta de políticas públicas em prática, para o público masculino. Quanto às políticas de saúde voltadas para os homens há um déficit na qualificação dos profissionais atuantes e isso pode estar relacionado principalmente à falta de capacitações contínuas, influenciando no acolhimento e no atendimento integral dessa população (Carneiro, et al., 2016).

Após a criação da PNAISH, a população masculina do Brasil passou a ter reforços para o acesso à saúde, em contrapartida vários empecilhos surgiram em meio a esta conquista (Nunes, et al., 2020). Para outros autores a efetivação desta política acontece de

forma gradual e para haver o fortalecimento desta é necessário ultrapassar barreiras culturais, políticas e socioeconômicas (Gomes, et al., 2019).

Os discursos demonstraram que as dificuldade desses indivíduos de buscar os serviços na APS estão atreladas a falta de paciência para esperar, questões burocráticas relacionadas aos serviços prestados, notando-se também que para resolver ou sanar algum problema de saúde de forma mais rápida os homens procuram outros serviços de saúde e recorrem ao serviço de emergência quando apresentam alguma enfermidade. A impaciência dos homens para esperar o atendimento também foi constatada em outras pesquisas, onde usuários, especialmente do sexo masculino, se queixaram da espera para o atendimento, tendo em vista que essa inquietação poderá levar à desvalorização do serviço público (Gutmann, et al., 2022).

Além disso, observa-se que ir à unidade de saúde e não receber atendimento pode contribuir para que ele não retorne aos serviços, visto que ao apresentar alguma doença os homens recorrem aos serviços de urgência e emergência e fazem deste serviço sua porta de entrada para o sistema público de saúde (Santos; Santos, 2017). Outro ponto relevante são as dificuldade com o funcionamento da rede de saúde, a qual se mostra pouco resolutiva, contribuindo para a evasão dos usuários (Solano; Bezerra; Medeiros, 2017).

Aponta-se como limitação deste estudo a avaliação de apenas duas unidades de saúde no município sendo necessários outros estudos que verifiquem as demais, para a melhor compreensão sobre o acesso do homem na atenção primária. No entanto, apesar da limitação indicada, ficou nítido que ainda há muitas barreiras a serem enfrentadas com relação à saúde do homem. Diante disso, espera-se que esse trabalho possa contribuir para fomentar as discussões e reflexões em relação ao acesso dos homens aos serviços de saúde.

## **CONCLUSÃO**

Os depoimentos analisados evidenciam as limitações que dificultam o acesso do homem aos serviços ofertados pelas unidades de saúde, os ACS acreditam que a baixa adesão e a inserção da população masculina a APS predispoem por diversos fatores, como incompatibilidade de horário, posto que o turno de funcionamento das UBS é inconciliável com a ocupação empregatícia.

Outra dificuldade foi a resistência do próprio homem em procurar os serviços ofertados, e por acreditarem que os homens não adoecem, devido a questões culturais, além do receio em descobrir enfermidade, ambientação feminina ao ponto que a prevenção de doenças e a promoção da saúde são vistas como algo inerente às mulheres, bem como e as exigências burocráticas as quais acabam dificultando o atendimento.

Acredita-se que essas lacunas são capazes de limitar o acesso dos homens aos serviços de APS. Portanto, o homem tem dificuldade em buscar os serviços de atenção primária como método preventivo.

Nesse contexto, acredita-se que há necessidade de implantação de políticas públicas mais efetivas para estimular o público masculino a procurar a APS, assim como capacitar os profissionais e criar estratégias para captação desse público, como disponibilizar atendimentos específicos e estender o horário de atendimento que seja uma vez ao mês, além da realização uma educação contínua de campanhas preventivas e promoção da Saúde.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. C. B. et al. Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, condições laborais e hábitos de vida. **Rev enferm UFPE online**, v. 12, n. 6, p. 1648-1656, 2018.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, n. esp, p. 252-264, 2014.
- CARDOS, D. V. et al. A invisibilidade dos homens nas unidades de atenção primária à saúde no Brasil de acordo com estudos realizados nos últimos dez anos. In: **Anais da II Jornada de Iniciação Científica da FACIG**, 2018. Sociedade, ciência e tecnologia.
- CARNEIRO, L. M. R. et al. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 4, p. 554-563, 2016.
- CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. A. P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 1, 2019.
- DANTAS, A. A. G. et al. Condições de saúde e estado nutricional de agentes comunitários de saúde no interior do nordeste brasileiro. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 1, p. 32-43, 2020.

DANTAS, A. E. A. et al. Perfil de homens a partir dos 40 anos atendidos no programa Saúde do Homem. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, [Internet]. v. 1, p. 21-33, 2015.

DAHER, D. V. et al. A construção do vínculo entre o homem e o serviço de atenção básica de saúde. **Rev Cuba enferm** [Internet], v. 33, n. 1, 2022.

DIAS, P. R. de M. **A consulta de puericultura na perspectiva de mães e profissionais de Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte**. 2017. 162 f. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, [Internet]. v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FREITAS, M. A. S.; ARAÚJO, M. R. N. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: Histórias, propostas e desafios. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, p. 15-34, 2018.

GOMES, J. W. O. et al. Jornada de Saúde do Homem: relato de experiência. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social Universidade Federal do Triângulo Mineiro**, v. 7, n. 1, 2019.

GUTMANN, V. L. R. et al. Motivos que levam mulheres e homens a buscar as unidades básicas de saúde. **J. nurs. Health**. v. 12, n. 2, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Saúde do homem**. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2018.

MIRANDA, G. M. D. et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 131-145, 2017.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 261-274, 2018.

NUNES, A. B. et al. Os desafios na inserção do homem nos serviços de saúde da atenção primária. **Braz. J. Hea. Rev**, v. 3, n. 2, p. 3021-3032, 2020.

RAMPELOTTO, G. F. et al. Ações educativas às pessoas com hipertensão e diabetes: trabalho do Agente Comunitário de Saúde rural. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 12, n. 43, p. 1-17, 2022.

ROCHA, E. M. et al. A Política nacional de saúde do homem e os desafios de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Interdisciplinar: Revista Eletrônica Univar**, [Internet]. v. 15, n. 1, p. 43-48, 2016.

SANTOS, G. S. et al. Contribuições da Primeira Infância Melhor para o crescimento e desenvolvimento infantil na percepção das famílias. **Rev Fun Care Online**, v. 11, n. 1, p. 67-73, 2019.

SANTOS, K. O.; DOS SANTOS, E. M. Onde estão os homens? O que os distanciam ou os aproximam dos serviços da atenção primária à saúde. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 38, n. 1, p. 79-88, 2017.

SILVA, A. et al. Saúde do homem: dificuldades encontradas pela população masculina para ter acesso aos serviços da unidade de saúde da família (USF). **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 1966-1989, 2020.

SOLANO, L. C. et al. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. **Rev Fund Care Online**, v. 9, p. 302-308, 2017.

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Diário Oficial da União. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm#art7](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm#art7). Acesso em: 20 set. 2022.



**Capítulo 3**  
**VIVÊNCIA DE MÃES DE CRIANÇAS ASMÁTICAS EM**  
**ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL**  
**DE REFERÊNCIA EM PNEUMOLOGIA**

*Ailkyanne Karelly Pereira de Oliveira*  
*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*  
*João Carlos Sedraz Silva*  
*Rosana Alves de Melo*



# VIVÊNCIA DE MÃES DE CRIANÇAS ASMÁTICAS EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM PNEUMOLOGIA

*Ailkyanne Karelly Pereira de Oliveira*

*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*

*João Carlos Sedraz Silva*

*Rosana Alves de Melo*

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar os fatores que interferem na adesão ao tratamento de asma e intensificam a ocorrência de crises recorrentes em crianças.

**Método:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado com 18 mães, no ambulatório de pneumologia de um hospital da região metropolitana do Recife-Pernambuco, através de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados mediante análise de conteúdo temática.

**Resultado:** As mães entrevistadas mostraram entendimento sobre a asma, no entanto, a maioria tem o conhecimento limitado sobre a condição clínica do seu filho(a), resultando no aumento de ocorrência das crises e na baixa adesão ao tratamento, por não saber como proceder na rotina diária do filho relacionada à doença.

**Consideração final:** A asma infantil exige atenção especial das mães/cuidadores e dos profissionais de saúde, de forma a potencializar a diminuição das crises e contribuir, efetivamente, no controle e tratamento da doença e na melhora da qualidade de vida das crianças acometidas.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1946, declarou que todas as crianças têm direito ao desenvolvimento saudável para que possam viver num ambiente favorável (Perlroth; Branco, 2017). Nesse contexto, algumas doenças afetam a saúde da

criança, comprometendo o seu bem-estar, sendo assim, as doenças respiratórias responsáveis por uma grande parcela das taxas de morbidade e mortalidade na infância e, no grupo das doenças crônicas, a asma vem ganhando destaque (Cordeiro et al., 2020).

A asma é definida como uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores, caracterizada por aumento exacerbado da resposta brônquica frente a diversos estímulos e obstrução variável do fluxo aéreo. Apresenta como características gerais, episódios recorrentes de dispneia, sibilos, tosse e aperto torácico (Cordeiro et al., 2020).

Dessa forma, a manutenção do controle da asma auxilia na redução do risco de complicações e hospitalizações, diminuindo a utilização de recursos de saúde destinados ao tratamento e reabilitação dos acometidos pela doença, e por consequência diminui os custos no setor saúde (Santos et al., 2020).

Sabe-se que, a falta de tratamento e a baixa adesão ao uso das medicações para este agravo aumentam significativamente os riscos de exacerbações, ocasionando aumento nas visitas às emergências, internações hospitalares, o que permite a elevação dos custos para a saúde pública. Entretanto, quando a doença é controlada, o risco de crises graves é mínimo e na maioria das vezes não requer hospitalizações (Roncada et al., 2018).

Nesse mesmo contexto, a asma continua com maior prevalência e impacto na infância, de modo que o alcance e a manutenção do controle exigem tratamento contínuo, com abordagem ampla e multidisciplinar, incluindo intervenções de educação em saúde direcionadas para crianças e famílias (Lima et al., 2021).

Dessa maneira, capacitar os pais/cuidadores significa sucesso no processo de tratamento desses pacientes e, consequentemente, um melhor manejo da asma resultando na agudização dos casos, no controle da mesma e na melhora da qualidade de vida dos pacientes (Roncada et al., 2018).

Ademais, o trabalho de educação em saúde é fundamental para os familiares que cuidam de crianças asmáticas, uma vez que, a intervenção educativa tem o potencial de resultar na eficácia do controle da asma a curto, médio e longo prazo.

Assim, a pesquisa partiu de uma discussão referente à melhoria da qualidade da assistência as crianças que tem o diagnóstico de asma, permitindo conhecer as limitações na conduta das mães que acompanham o tratamento dos seus filhos com diagnóstico de asma crônica. Dessa forma, o objetivo dessa pesquisa é identificar os fatores que

interferem na adesão ao tratamento de asma e intensificam a ocorrência de crises recorrentes em crianças.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, que, por sua subjetividade, permitiu trabalhar com o entendimento, sentimentos e percepções de mães em relação ao filho (a) com diagnóstico de asma (Minayo, 2010).

A realização da pesquisa ocorreu no ambulatório pediátrico da pneumologia do Hospital Otávio de Freitas (HOF), sendo uma instituição pública de alta complexibilidade, gerenciado pelo governo do estado de Pernambuco e pelo Sistema Único de Saúde. É referência para o tratamento de doenças respiratórias, em especial a tuberculose, traumatismo-ortopedia, clínica médica, urologia, cirurgia geral e pediatria.

A população da pesquisa foi constituída por 18 mães que acompanham seus filhos nas consultas rotineiras no ambulatório. Os critérios de inclusão foram: mães de crianças com diagnóstico de asma que fazem acompanhamento no ambulatório pediátrico; que tenham 18 anos ou mais; apresentar condições emocionais e físicas para participar da entrevista.

O número de participantes foi definido através da saturação teórica dos dados, na qual o processo de coleta se encerra quando todas as informações obtidas não trazem novos elementos que subsidiem ou aprofundem a teorização pretendida diante dos objetivos estabelecidos pela pesquisa (Bardin, 2016).

A coleta dos dados se deu nos meses de novembro e dezembro de 2021, nas segundas e quartas-feiras, visto que, são os dias voltados para o atendimento de crianças com diagnóstico de asma no ambulatório pediátrico. Foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, composta inicialmente por dados sociodemográficos e econômicos das participantes, como idade, renda, estado civil, escolaridade e quantidade de filhos.

As entrevistas foram realizadas com o auxílio de um gravador portátil, nos horários disponíveis pelo setor, após rigoroso treinamento das pesquisadoras. As entrevistas duraram em média 20 minutos. Para preservar o anonimato das entrevistadas, optamos por atribuir códigos identificadores, de acordo com a sequência em que foram entrevistadas (M1, M2, M3... M18).

Para que os resultados fossem alcançados, foram traçadas as seguintes questões norteadoras: 1- Qual seu entendimento sobre asma? 2- Com quantos anos seu filho (a) teve o primeiro episódio de asma? 3- Com quanto tempo depois começou o tratamento? E onde foi realizado? 4- Quanto tempo de tratamento ele tem hoje? 5- Quantas vezes já levou a emergência? 6- O que agrava as crises do seu filho? 7- Qual medicamento em uso? 8- Quem administra a medicação? 9- A criança tem contato com poeira, cigarro, fogo a lenha, etc? 10- Você ou alguém da família tem asma? 11- Seu filho pratica alguma atividade física?

A análise dos dados se deu através da análise de conteúdo temática, que envolve leitura compreensiva, exploração do material ou análise e síntese interpretativa, compondo assim as três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com interpretações dos dados (Bardin, 2016).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos sob o parecer de n.º 5.192.500, e todos os aspectos dessa pesquisa estão de acordo com a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As mães entrevistadas, em sua maioria, têm ensino médio completo e residem no interior da capital do estado de Pernambuco. A renda, em média, é um salário mínimo e a idade das crianças variaram entre dois a quinze anos. A maioria delas tem acima de dois filhos e são solteiras.

Considerando os dados analisados foi possível definir categorias temáticas para tais discussões:

### **Compreensão das mães sobre asma**

Quando indagadas sobre o seu entendimento acerca da asma, a maioria das mães enfatizaram que é uma doença que acomete os pulmões, com potencial de deixar a criança com dificuldade respiratória, podendo ser hereditária:

*Bem, pelo que entendi, é uma doença relacionada ao pulmão, e é uma doença inflamatória, hereditária também. (M5)*  
*É uma insuficiência respiratória, dificuldade de respirar e entendo que tá começando a crise de asma. (M7)*

*Entendo pouco. Sei que é uma doença pulmonar e que falta ar na criança, com contato com poeira, coisa forte. (M10).  
É uma doença do pulmão que deixa a criança cansada. (M11)*

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores que se caracteriza, clinicamente, por aumento da responsividade dessas vias a diferentes estímulos, com consequente obstrução ao fluxo aéreo, de forma recorrente e, tipicamente, reversível (Brasil, 2021). É considerada a doença crônica mais prevalente da faixa etária pediátrica, devido à sua etiologia multifatorial, e a aderência ao tratamento e o controle da doença podem ser influenciados por diversos fatores (Santos et al., 2020).

As manifestações clínicas gerais das crises de asma envolvem a sibilância, dispneia, tosse, cansaço e aperto no peito, associado à limitação reversível ao fluxo aéreo de caráter variável. Esses sintomas entram em evidência a partir do momento que a criança entra em contato com fatores que levam a exacerbação das crises (Cordeiro et al., 2020).

Seu surgimento apresenta forte relação entre a interação genética, exposição ambiental a alérgenos e irritantes, além de outros fatores específicos que resultam no seu desenvolvimento e manutenção dos sintomas (Assis et al., 2019).

Sabe-se que o conhecimento sobre o problema de saúde de um filho é de extrema importância para que os pais ou responsáveis possam identificar os sinais de alerta e favorecer a intervenção em tempo hábil à sobrevida da criança. No entanto, apenas o acesso a informação adequada não garante a promoção da saúde da criança, sendo também necessário que pais e cuidadores tenham autoeficácia para se sentirem capazes de incorporar práticas adequadas no cotidiano (Lima et al., 2021).

Apesar da maioria das mães saberem evidenciar o que é e os aspectos que envolvem a doença, observou-se que, muitas delas mostraram desconhecimento sobre o agravo que acomete seus filhos:

*Eu entendo pouco, ou quase nada (M1)*

*Nenhum conhecimento. Vim hoje pra poder entender. Hoje é a primeira consulta (M12)*

*Meu entendimento é zero. Não sei praticamente nada. Eu sei assim, que ela fica sem respirar direito, quando ela tá na crise mas não entendo nada (M9)*

*Eu não sei explicar, mas pelo que passei com ele nessas crises, entendo mas não sei dizer. (M17)*

Ainda assim, a asma pode acometer a saúde infantil e remeter a uma adaptação e modificação de hábitos de vida, causando um profundo impacto na qualidade de vida da criança e da sua família. Assim, o conhecimento e a atitude de pais e cuidadores em relação ao controle e manejo da asma infantil influenciam efetivamente em uma boa gestão, com consequente redução da morbimortalidade (Lima et al., 2021).

O desconhecimento sobre a condição clínica da criança pode interferir diretamente no sucesso do tratamento. Assim, a educação em saúde é fundamental para o adequado manejo da asma. Complicações podem ser prevenidas, quando pais de crianças com asma possuem um conhecimento mais amplo sobre o que é a doença; as formas de identificar os sintomas e fatores desencadeantes; e as ações necessárias nos períodos entre crises (Roncada et al., 2018).

### **Fatores determinantes para o agravamento das crises de asma em crianças**

Sabe-se que, os cuidados domésticos ineficazes estão diretamente relacionados com o aumento da ocorrência das crises, levando a hospitalizações recorrentes. Nesse contexto, observou-se que a inalação de fumaça, mudança climática, alergia e demais fatores são mais passíveis de desencadear as crises, segundo o relato das entrevistadas:

*Ela sempre fica roxinha e é como se fosse uma alergia, né a fumaça, a cheiro forte, essas coisas. Tudo dar o cansaço. (M2)*

*Poeira sim. Onde moro é engenho, região do cabo. [...] Então tem sempre essa poeira, fumaça, corte de cana acontece dele ter contato e as crises pioram. (M3)*  
*O que agrava é quando o tempo tá frio, ele toma água gelada e coisa gelada e quando tá em lugar com poeira aí ele fica cansado. (M4)*

*O que agrava são as alergias, poeira, fumaça, ácaros e fica com os sintomas de sempre (M6)*

Apesar de haver diversas explicações que tentem explicar os fatores relacionados às crises de asma, a interação entre fatores genéticos e ambientais tem sido relacionada com o crescimento da sua prevalência, assim como de outras doenças alérgicas, mas os fatores ambientais vêm apresentando uma maior consolidação nessa relação (Assis et al., 2019).

O controle da cronicidade da asma pode ser influenciado por fatores, psicológicos, terapêuticos, ambientais e dentre estes, os comportamentais, em que se destaca a auto eficácia. Esta é conceituada como a crença que os indivíduos têm em sua capacidade de

realizar ações que influenciarão os eventos que afetam suas vidas, determinando como as pessoas se sentem, pensam, são motivadas e se comportam diante de obstáculos e experiências adversas (Gomes et al., 2017).

Assim, ressalta-se que, o diagnóstico de asma se dá mediante a identificação de critérios clínicos e funcionais, obtidos pela anamnese, exame físico e exames de função pulmonar. Em crianças até quatro anos o diagnóstico é iminentemente clínico, pela dificuldade de realização de provas funcionais (Brasil, 2021).

Quando questionadas sobre os primeiros episódios das crises comparadas com o tempo de tratamento que a criança estava, percebeu-se que algumas participantes deixam a desejar sobre o suporte adequado que levaram ao retardamento do tratamento:

*3 meses de vida. Só descobriu com 2 anos. Mas enquanto isso era internado e vivia na máscara de oxigênio. (M18)*  
*Quando era bebê. Ela sempre teve crises, mas nunca me atentei pra tá levando ao médico pra investigar. Com o tempo foi ficando decorrente e levava pra emergência e passava o remédio de emergência. [...] Mas nunca fui pra especialista (M5).*

*Tratamento ela nunca começou. Sempre que ela cansava eu levava para emergência do hospital. [...] Hoje vou ver aqui (M8).*

As hospitalizações por asma são, em geral, decorrentes do controle inadequado da doença, o qual se deve a inúmeros fatores, tais como: ausência de um acompanhamento ambulatorial contínuo; descontinuidade no uso de medicação profilática; medidas preventivas no ambiente domiciliar inadequadas à realidade socioeconômica e cultural das famílias; carência de educação e suporte familiar que possibilitem o controle e a gestão deste agravo (Gomes et al., 2017).

A falta de tratamento e a baixa adesão às medicações são os maiores desafios no manejo da doença, já que aumentam os riscos de exacerbações ocasionando visitas às emergências, internações hospitalares e, conseqüentemente, elevados custos aos cofres públicos, além de diminuir significativamente a qualidade de vida dos envolvidos (Roncada et al., 2018).

Assim, é importante ressaltar que, os pais são os principais elos entre o profissional de saúde e paciente pediátrico e, dessa forma, a educação em saúde, como também, orientações acerca da doença e tratamento impactam diretamente na redução das internações hospitalares, e conseqüentemente, na redução da ocorrência das crises.

## **Educação em saúde no sucesso da terapêutica**

Diante das falas analisadas, percebe-se nos relatos que as mães são as que estão mais presentes no enfrentamento desse agravo, entre consultas e supervisão/administração dos medicamentos. Em todas as entrevistas, percebeu-se unanimidade no cuidado ao filho doente pela mãe somente, sendo esta que dispensa todo o cuidado necessário diante do problema, mas que muitas vezes desconhecem como proceder e que mostra conhecimento limitado diante do problema do filho:

*Usa as bombas que é, me esqueci os nome das bombas lá [...]. (M13)*  
*[...] Eu uso também aquele sprayzinho, não lembro o nome dele agora. (M14)*  
*Pior que eu não sei, visse. Arena? Arina? (M16)*

Por outro lado, sendo minoria nas entrevistas, apenas duas mães souberam dizer o medicamento em uso.

*Então, ele usa diariamente o clenil de duzentas, um jato pela manhã, um jato pela noite. Em crise, ele se torna dois jatos pela manhã e pela noite [...]. (M7)*

*É sou eu mesmo. Ele faz uso de clenil quatrocentos ao dia. (M15)*

O conhecimento e a atitude de pais e cuidadores em relação ao controle e manejo da asma infantil influenciam efetivamente em uma boa gestão, com consequente redução da morbimortalidade (Lima et al., 2021). Ainda assim, o retardo no tratamento devido ao não reconhecimento da gravidade da doença ou confiança nos medicamentos tem contribuído para o aumento da sua mortalidade. A partir desse conhecimento, medidas educativas com o intuito de prevenir as crises podem ser difundidas entre pais e adolescentes para minimizar o estresse, bem como, reduzir os gastos públicos por hospitalizações evitáveis (Assis et al., 2019).

Considerando que o Brasil possui elevada prevalência de asma na população infantil e que o descontrole da doença impacta negativamente na saúde pública, programas de controle da asma, com fornecimento gratuito de medicação, bem como, assistência médica, psicológica e assistencial, com profissionais bem preparados, são fundamentais para o diagnóstico e o tratamento eficaz (Roncada et al., 2018).

Portanto, é necessário priorizar as ações de educação em saúde para os pais e os pacientes, como também, para os profissionais de saúde. Esse tipo de ação vai permitir uma abrangência maior sobre o conhecimento e entendimento sobre a asma e, consequentemente, melhora a qualidade de vida desses pacientes levando, também, a uma redução do impacto dessa doença na sociedade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebeu-se nesse estudo que as mães têm o entendimento, em partes, do agravo em si e suas principais características. Em contrapartida, fatores como a falta de conhecimento diante do agravo do seu filho e a baixa adesão ao tratamento levaram ao maior número de ocorrências de internações/hospitalizações e, consequentemente, a exacerbação e/ou cronicidade dessas crises.

Através dos relatos viu-se que existiram práticas e falhas durante o processo de tratamento dessas crianças que favoreceram a baixa adesão ao tratamento influenciadas, principalmente, por fatores ambientais e do convívio no seio familiar. Apesar da importância da orientação profissional durante todo o processo, percebeu-se que, a atitude das mães no cuidado diante do enfrentamento desse agravo ainda se torna pouco eficaz durante esse tratamento.

Da mesma forma, as dificuldades de identificação dos sinais clínicos iniciais acerca do diagnóstico desse agravo que acomete essas crianças revelaram dados relacionados ao maior número de visitas à emergência, a postergação do início do tratamento e, consequentemente, a cronicidade das crises que se tornaram recorrentes. É importante ressaltar, que diante desse estudo, pode-se enfatizar que as ações de educação em saúde voltada para a orientação dos pais e/ou cuidadores e dos profissionais de saúde podem contribuir positivamente e diretamente no sucesso do tratamento das mesmas.

Por fim, considerando que o descontrole dessa doença impacta negativamente na saúde pública, reitera-se a necessidade de programas voltados ao controle da asma, assistência profissional qualificada e, não menos importante, a educação contínua em saúde para os pais/cuidadores e pacientes, visando aumentar o conhecimento sobre asma e melhorando a qualidade de vida dessas crianças.

## **REFERÊNCIAS**

Assis EV, Santana MDR, Feitosa ANA, Sousa MNA, Isidório UA, Valenti VE, Fonseca FLA. Prevalence of asthma symptoms and risk factors in adolescents. *J Hum Growth Dev.* 2019; 29(1): 110-116.

Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70 LDA/Almedina Brasil, 282p., 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

Brasil – Ministério da Saúde - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da asma. Brasília, 2021. Disponível em: < <http://conitec.gov.br/> > Acesso em: 04 de jan de 2022.

Cordeiro JA, Silva CP, Britto MCA, Andrade LB. Avaliação estática e dinâmica da força muscular respiratória de crianças e adolescentes asmáticos. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, 20 (4): 1017-1024 out-dez., 2020.

Gomes ALA, Lima KF, Mendes ERR, Joventino ES, Martins MC, Almeida PC, et al. Associação da autoeficácia de pais/cuidadores com os parâmetros de controle da asma infantil. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03282. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017008003282>

Gomes ALA, Ximenes LB, Mendes ERR, Teixeira OCM, Joventino ES, Javorski M. Tradução e adaptação cultural da escala self-efficacy and their child's level of asthma control: versão brasileira. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(3):e2950015.

Lima KF, Gomes ALA, Melo ESJ, Vasconcelos FX, Sousa JL, Martins MC, et al. Validação de conteúdo de cartilha educativa para controle e manejo da asma em crianças. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(Suppl 5):e20200353. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0353>

Minayo MC. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.

Roncada C, Cardoso TA, Buganção BM, Bischoff LC, Soldera K, Pitrez PM. Níveis de conhecimento em asma de pais de crianças asmáticas. *einstein (São Paulo)*. 2018;16(2):eA04204.

Perlroth NH, Branco CW. Current knowledge of environmental exposure in children during the sensitive developmental periods. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93.

Santos AP, Strassburger MJ, Roncada C, Stein RT, Pitrez PM, Strassburger SZ. Efeito da atividade física no controle da asma em escolares. *einstein (São Paulo)*. 2020;18:eA04936. [http://dx.doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020A04936](http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020A04936)



**Capítulo 4**  
**MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA E PANDEMIA**  
**COVID-19: O QUE REVELAM AS NOTIFICAÇÕES DESSE**  
**AGRAVO?**

*Maíra Kely Amorin Nascimento*

*Jairan Martins Braz*

*João Carlos Sedraz Silva*

*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*

*Sylmara Ribeiro de Souza*

*Rosana Alves de Melo*



## **MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA E PANDEMIA COVID-19: O QUE REVELAM AS NOTIFICAÇÕES DESSE AGRAVO?**

*Maíra Kely Amorin Nascimento*

*Jairan Martins Braz*

*João Carlos Sedraz Silva*

*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*

*Sylmara Ribeiro de Souza*

*Rosana Alves de Melo*

### **RESUMO**

A pesquisa teve como objetivo caracterizar as situações de violência contra a mulher antes e durante a pandemia da Covid-19, a partir dos registros de duas gerências de saúde. Pesquisa quantitativa, descritiva e documental desenvolvida a partir da análise das notificações compulsórias de violência contra a mulher, registradas em duas gerências de saúde, antes e durante a pandemia. Os resultados apontam para queda no número de notificações no período pandêmico, todavia tal redução pode não expressar a real situação do agravo, pela provável subnotificação, devido às medidas de contenção à Covid-19. No tocante às vítimas, eram maioria jovens, pardas e solteiras. Os agressores, predominantemente homens, cônjuges das vítimas. Prevaleceu a violência do tipo física ocorrida na residência da vítima, praticada por apenas um agressor. A maioria dos casos foi encaminhada à rede de saúde. Observou-se lacunas no preenchimento das notificações, evidenciando-se assim, a importância do adequado registro para geração das estatísticas mais fidedignas relativas ao agravo, essencial para planejamento das medidas de prevenção e enfrentamento.

## **INTRODUÇÃO**

A violência contra a mulher representa grave violação aos direitos humanos, configurando-se como problema social e de saúde pública, atingindo grande número de mulheres, somente por serem mulheres, o que evidencia sérias questões de gênero. Historicamente, o agravo ocorre em diversos contextos sociais nas formas de violência física, sexual, psicológica, patrimonial e moral (Ipea, 2020).

Apesar dos avanços alcançados na legislação voltada ao enfrentamento da violência contra mulher, com a promulgação das leis Maria da Penha, em 2006 (Brasil, 2006), e do Feminicídio, em 2015 (Brasil, 2015), ainda é grande o número de mulheres violentadas diariamente. Tal fato evidencia que a rede de proteção, apesar de representar a consolidação das políticas públicas, ainda apresenta fragilidades na articulação entre os serviços (Turatto & Silva, 2022).

Nesse contexto, no início de 2020 o mundo foi surpreendido pela Pandemia da Covid-19 conhecida como doença do novo coronavírus, condição de transmissão respiratória, cujos primeiros casos foram registrados na cidade de Wuhan, na China. Devido ao alto poder de contágio e associação à altas taxas de mortalidade, as autoridades sanitárias instituíram, enquanto medidas de contenção, o isolamento e distanciamento social para reduzir a disseminação do vírus. Todavia, apesar de necessárias, podem estar associadas ao aumento da violência contra a mulher, por aumentar o tempo de exposição da mulher ao (s) agressor (es), sobretudo, em casa (Vieira *et al.*, 2023).

No Brasil, as estatísticas revelam que em média 252 mil mulheres sofreram violência interpessoal entre março de 2018 a dezembro de 2019, período anterior à pandemia. Esse número que sofre decréscimo no período de março de 2020 a dezembro de 2021, já no decurso da crise sanitária, com registro de aproximadamente 222 mil casos. Entre as regiões, considerando o período citado prévio à pandemia, o Nordeste ocupou o terceiro lugar documentando em torno de 41 mil casos, perdendo apenas para Sudeste e Sul. Já no intervalo considerado durante a pandemia, passou a marca de segundo lugar com aproximados 37 mil casos, superado somente pelo Sudeste. Dentre os estados nordestinos, Pernambuco registrou 12 mil e Bahia oito mil ocorrências no período anterior à pandemia. Já durante o evento sanitário, Pernambuco efetuou em torno de 11 mil registros, enquanto a Bahia seis mil (Brasil, 2023).

A Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública apontam aumento no número de denúncias relativas à violência contra a mulher, já nos meses iniciais da pandemia. Entretanto, acredita-se que esse aumento possa não representar o número real de casos, pois devido ao confinamento, apenas 40% das mulheres busca ajuda, e destas somente 10% registra a situação em autoridade policial, o que pode levar à subnotificação (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020).

A notificação do agravo, de caráter compulsório, é ferramenta para investigação das situações de violência, que além de diminuir a invisibilidade de tal realidade vivenciada pelas vítimas, possibilita às autoridades legais e aos profissionais o conhecimento dos perfis de ocorrência, subsidiando o direcionamento de projetos e intervenções para enfrentamento do agravo (Padilha & Gorish, 2021).

Considerando a dimensão da violência contra a mulher, enquanto problema social e de saúde pública, o presente trabalho justificou-se pela necessidade de caracterizar as situações de violência contra a mulher antes e durante a pandemia da Covid-19 notificadas no contexto dos municípios integrantes da VIII Gerência Regional de Saúde (GERES), com sede em um município pernambucano; e 15<sup>a</sup> Diretoria Regional de Saúde (DIRES), sediada em um município baiano, de modo a verificar os padrões de ocorrência do agravo, antes e durante a crise sanitária, bem como pela possibilidade de subsidiar o direcionamento de ações estratégicas e políticas públicas, destinadas ao enfrentamento deste sério agravo aos direitos da mulher.

Assim, o estudo teve como objetivo caracterizar as situações de violência contra a mulher antes e durante a pandemia da Covid-19, a partir dos registros de duas gerências de saúde.

## **MÉTODOS**

Pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva e documental, desenvolvida a partir da análise das fichas de notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocadas CID-10 Y09, registradas entre março de 2018 a dezembro de 2019 (anterior à pandemia) e março de 2020 a dezembro de 2021 (durante a pandemia), nos municípios pertencentes a VIII GERES, e à 15<sup>a</sup> DIRES. As gerências e respectivos municípios possuem limites fronteiriços, partilhando características socioeconômicas e culturais que permitem melhor planejar a execução de ações e serviços.

Foram obtidas 10.282 notificações, sendo analisadas 2.649 destas, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Desse modo, foram consideradas para investigação fichas cujas mulheres vítimas da violência tivessem idades entre 10 e 49 anos, considerando a definição de mulher em idade fértil do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2004), ocorridas no período de março de 2018 a dezembro de 2019 (anterior à pandemia) e março 2020 a dezembro de 2021 (durante pandemia). Excluíram-se as caracterizadas como lesão autoprovocada, com causas divergentes, que foram realizadas em municípios não pertencentes às gerências de saúde e àquelas com elevado número de lacunas de preenchimento das variáveis traçadas.

Para análise do perfil das vítimas as variáveis foram idade, cor/raça e estado civil. Por sua vez, quanto ao (s) agressor (es), considerou-se sexo e vínculo/grau de parentesco. Quanto à ocorrência, buscou-se zona e local de ocorrência, número de agressores e motivação. No que refere aos aspectos relacionados às situações de violência, fez-se a análise do tipo de violência e meio de agressão, bem como foi avaliado acerca dos encaminhamentos realizados.

O instrumento norteador foi a ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocadas CID-10 Y09, que contempla as variáveis de interesse.

A coleta de dados se deu após tramitações éticas e liberação do banco de dados pelas gerências de saúde. Os dados obtidos foram organizados e armazenados no programa Microsoft Excel 2010. As inferências estatísticas foram obtidas através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para melhor apresentar os dados estatísticos, os campos com preenchimento ignorado/branco foram desconsiderados no processo de análise.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de uma Universidade Pública pernambucana, conforme Resoluções nº. 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, com Parecer nº 5.469.439.

## **RESULTADOS**

Foram analisadas 2.649 notificações, das quais 1.506 (56,9%) no período anterior à pandemia e 1.143 (43,1%) durante a pandemia, sendo observada redução quando comparado ao registro de casos anterior à pandemia, como apresentado na Tabela 1.

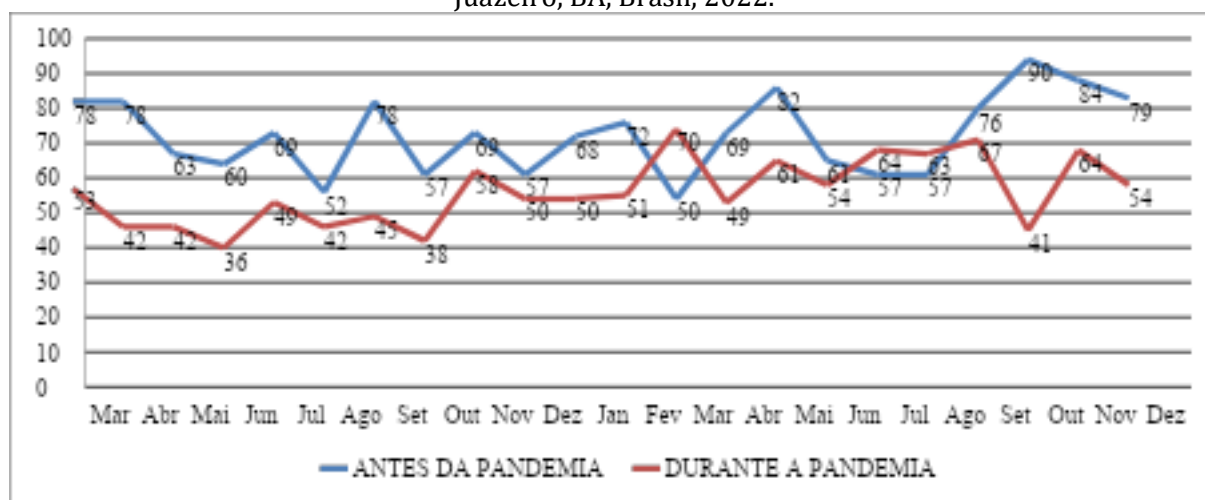
**Tabela 1.** Notificações de violência contra a mulher no período anterior e durante a Pandemia da Covid-19, Petrolina, PE, Juazeiro, BA, Brasil, 2022.

| Período                                   | Total |      |
|-------------------------------------------|-------|------|
|                                           | n     | %    |
| Anterior à Pandemia (Mar. 2018-Dez. 2019) | 1.506 | 56,9 |
| Durante a Pandemia (Mar. 2020-Dez. 2021)  | 1.143 | 43,1 |
| Total                                     | 2.649 | 100  |

Fonte: Dados da pesquisa.

No entanto, apesar de tal redução no mês de março de 2021, notou-se aumento do número de casos de violência contra a mulher, como pode ser verificado no Figura 1.

**Figura 1.** Notificações de violência contra a mulher antes e durante a pandemia, Petrolina, PE, Juazeiro, BA, Brasil, 2022.



Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme Tabela 2, observou-se que a idade média das vítimas foi de 23,8 e 26 no período anterior e durante a pandemia, respectivamente. Houve predomínio das situações de violência em mulheres pardas em ambos os períodos analisados, sendo 1.227 (84,4%) antes e 956 (84,2%) durante a pandemia. A situação conjugal da maioria das mulheres era solteira, sendo 697 (56,2%) antes e 493 (57%) durante a pandemia da Covid-19. A segunda prevalência foi para mulheres casadas, com 436 (39,1%) ocorrências antes e 329 (38%) durante o período pandêmico.

**Tabela 2.**– Perfil das mulheres vítimas de violência, notificadas nas gerências de saúde: VIII GERES e 15ª DIRES, no período anterior e durante a Pandemia da Covid-19, Petrolina, PE, Juazeiro, BA, Brasil, 2022.

| Perfil das vítimas   | Anterior à Pandemia |      |          |      | Durante a Pandemia |     |          |      |
|----------------------|---------------------|------|----------|------|--------------------|-----|----------|------|
|                      | Média               | DP   | IC (95%) |      | Média              | DP  | IC (95%) |      |
| Idade média          | 23,8                | 0,27 | 23,2     | 24,3 | 26                 | 0,3 | 25,7     | 26,6 |
|                      | n                   |      | %        |      | m                  |     | %        |      |
| Cor/Raça             |                     |      |          |      |                    |     |          |      |
| Branca               | 111                 |      | 7,6      |      | 82                 |     | 7,2      |      |
| Preta                | 100                 |      | 6,9      |      | 83                 |     | 7,3      |      |
| Amarela              | 6                   |      | 0,4      |      | 8                  |     | 0,7      |      |
| Parda                | 1.227               |      | 84,4     |      | 956                |     | 84,2     |      |
| Indígena             | 10                  |      | 0,7      |      | 7                  |     | 0,6      |      |
| Total                | 1.454               |      | 100      |      | 1.136              |     | 100      |      |
| Estado civil         |                     |      |          |      |                    |     |          |      |
| Solteira             | 627                 |      | 56,2     |      | 493                |     | 57       |      |
| Casada/União estável | 436                 |      | 39,1     |      | 329                |     | 38       |      |
| Viúva                | 5                   |      | 0,5      |      | 9                  |     | 1        |      |
| Separada             | 47                  |      | 4,2      |      | 34                 |     | 4        |      |
| Total                | 1.115               |      | 100      |      | 865                |     | 100      |      |

Fonte: Dados da pesquisa.

Os agressores foram em maioria homens, sendo 1.117 (86,3%) antes e 825 (86%) durante a pandemia da Covid-19. Quanto ao parentesco, o cônjuge foi mais apontado, em ambos os períodos, com 409 (29,3%) antes e 279 (25%) durante, sendo tais achados apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3.** Perfil do (s) agressor (es), segundo notificações das gerências de saúde: VIII GERES e 15ª DIRES, analisadas no período anterior e durante a Pandemia da Covid-19, Petrolina, PE, Juazeiro, BA, Brasil, 2022.

| Perfil do (s) agressor (es) | Anterior à Pandemia |      | Durante a Pandemia |     |
|-----------------------------|---------------------|------|--------------------|-----|
|                             | n                   | %    | n                  | %   |
| Sexo                        |                     |      |                    |     |
| Masculino                   | 1.177               | 86,3 | 825                | 86  |
| Feminino                    | 149                 | 10,9 | 79                 | 8,2 |
| Ambos os sexos              | 38                  | 2,8  | 55                 | 5,8 |
| Total                       | 1.364               | 100  | 959                | 100 |
| Parentesco                  |                     |      |                    |     |
| Pai                         |                     |      |                    |     |
| Sim                         | 41                  | 3    | 33                 | 3   |
| Não                         | 1.352               | 97   | 1.081              | 97  |
| Total                       | 1.393               | 100  | 1.114              | 100 |
| Mãe                         |                     |      |                    |     |

|              |       |      |       |      |
|--------------|-------|------|-------|------|
| Sim          | 66    | 4,7  | 29    | 2,6  |
| Não          | 1.327 | 95,3 | 1.085 | 97,4 |
| Total        | 1.393 | 100  | 1.114 | 100  |
| Cônjuge      |       |      |       |      |
| Sim          | 409   | 29,3 | 279   | 25   |
| Não          | 985   | 70,7 | 835   | 75   |
| Total        | 1.394 | 100  | 1.054 | 100  |
| Ex-cônjuge   |       |      |       |      |
| Sim          | 97    | 7    | 123   | 11   |
| Não          | 1.297 | 93   | 990   | 89   |
| Total        | 1.394 | 100  | 1.113 | 100  |
| Namorado     |       |      |       |      |
| Sim          | 242   | 17,3 | 148   | 13,3 |
| Não          | 1.154 | 82,7 | 964   | 86,7 |
| Total        | 1.396 | 100  | 1.112 | 100  |
| Ex-namorado  |       |      |       |      |
| Sim          | 33    | 2,4  | 34    | 3    |
| Não          | 1.359 | 97,6 | 1.079 | 97   |
| Total        | 1.392 | 100  | 1.113 | 100  |
| Conhecido    |       |      |       |      |
| Sim          | 146   | 10,5 | 84    | 7,5  |
| Não          | 1.245 | 89,5 | 1.029 | 92,5 |
| Total        | 1.391 | 100  | 1.114 | 100  |
| Desconhecido |       |      |       |      |
| Sim          | 232   | 16,7 | 269   | 24,2 |
| Não          | 1.160 | 83,3 | 843   | 75,8 |
| Total        | 1.392 | 100  | 1.112 | 100  |

Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo a Tabela 4, que traz aspectos relacionados às situações de violência, a zona de ocorrência mais prevalente foi urbana, com 980 (73%) ocorrências antes da pandemia e 806 (73,5%), durante. A residência foi o lugar de maior incidência, com 972 (80%) casos antes da pandemia e 758 (81%) durante. Prevaleceu a violência praticada por apenas um agressor em 1.250 (90%) das notificações anteriores à pandemia, e 956 (89%), durante.

**Tabela 4.** Aspectos relativos às situações de violência contra a mulher, no período anterior e durante a pandemia da Covid-19, notificadas nas gerências de saúde: VIII GERES e 15ª Dires, Petrolina, PE, Juazeiro, BA, Brasil, 2022.

| Aspectos relativos à violência contra a mulher | Anterior à Pandemia |   | Durante a Pandemia |   |
|------------------------------------------------|---------------------|---|--------------------|---|
|                                                | N                   | % | N                  | % |

|                            |       |      |       |      |
|----------------------------|-------|------|-------|------|
| Zona de ocorrência         |       |      |       |      |
| Urbana                     | 980   | 73   | 806   | 73,5 |
| Rural                      | 353   | 26,2 | 290   | 26,4 |
| Periurbana                 | 11    | 0,8  | 1     | 0,1  |
| Total                      | 1.344 | 100  | 1.097 | 100  |
| Local de ocorrência        |       |      |       |      |
| Residência                 | 972   | 80   | 758   | 81   |
| Habitação coletiva         | 6     | 0,5  | 7     | 0,8  |
| Escola                     | 18    | 1,5  | 5     | 0,5  |
| Local de prática esportiva | 1     | 0,1  | 2     | 0,2  |
| Bar ou similar             | 26    | 2,1  | 16    | 1,7  |
| Via pública                | 181   | 14,9 | 143   | 15,3 |
| Comércio/Serviços          | 11    | 0,9  | 4     | 0,4  |
| Indústria/Construção       | 0     | 0    | 1     | 0,1  |
| Total                      | 1.215 | 100  | 946   | 100  |
| Número de agressores       |       |      |       |      |
| Um                         | 1.250 | 90   | 956   | 89   |
| Dois ou mais               | 138   | 10   | 119   | 11   |
| Total                      | 1.388 | 100  | 1.075 | 100  |
| Motivação                  |       |      |       |      |
| Sexismo                    | 292   | 79,8 | 274   | 83   |
| Homofobia/Lesbofobia       | 7     | 1,9  | 19    | 5,8  |
| Intolerância religiosa     | 0     | 0    | 1     | 0,3  |
| Conflito geracional        | 40    | 10,9 | 23    | 7    |
| Situação de rua            | 24    | 6,6  | 11    | 3,3  |
| Deficiência                | 3     | 0,8  | 2     | 0,6  |
| Total                      | 366   | 100  | 330   | 100  |
| Tipo de violência          |       |      |       |      |
| Física                     |       |      |       |      |
| Sim                        | 932   | 62,3 | 768   | 67,3 |
| Não                        | 564   | 37,7 | 373   | 32,7 |
| Total                      | 1.496 | 100  | 1.141 | 100  |
| Psicológica                |       |      |       |      |
| Sim                        | 459   | 30,7 | 473   | 41,6 |
| Não                        | 1.033 | 69,2 | 664   | 58,4 |
| Total                      | 1.492 | 100  | 1.137 | 100  |
| Sexual                     |       |      |       |      |
| Sim                        | 316   | 21,1 | 269   | 23,7 |
| Não                        | 1.184 | 78,9 | 866   | 76,3 |
| Total                      | 1.500 | 100  | 1.135 | 100  |
| Meio de agressão           |       |      |       |      |
| Força física               |       |      |       |      |
| Sim                        | 738   | 53   | 577   | 51,5 |
| Não                        | 654   | 47   | 543   | 48,5 |

|                              |       |      |       |      |
|------------------------------|-------|------|-------|------|
| Total                        | 1.392 | 100  | 1.120 | 100  |
| Ameaça                       |       |      |       |      |
| Sim                          | 209   | 15,3 | 260   | 23,3 |
| Não                          | 1.160 | 84,7 | 854   | 76,7 |
| Total                        | 1.369 | 100  | 1.114 | 100  |
| Objeto contundente           |       |      |       |      |
| Sim                          | 86    | 6,3  | 69    | 6,2  |
| Não                          | 1.278 | 93,7 | 1.049 | 93,8 |
| Total                        | 1.364 | 100  | 1.118 | 100  |
| Objeto cortante              |       |      |       |      |
| Sim                          | 210   | 15,2 | 188   | 16,8 |
| Não                          | 1.166 | 84,8 | 930   | 83,2 |
| Total                        | 1.376 | 100  | 1.118 | 100  |
| Arma de fogo                 |       |      |       |      |
| Sim                          | 52    | 3,8  | 29    | 2,5  |
| Não                          | 1.318 | 96,2 | 1.088 | 97,5 |
| Total                        | 1.370 | 100  | 1.117 | 100  |
| Enforcamento                 |       |      |       |      |
| Sim                          | 61    | 4,4  | 53    | 4,8  |
| Não                          | 1.313 | 95,6 | 1.061 | 95,2 |
| Total                        | 1.374 | 100  | 1.114 | 100  |
| Encaminhamentos              |       |      |       |      |
| Rede de saúde                |       |      |       |      |
| Sim                          | 1.232 | 82,5 | 925   | 82   |
| Não                          | 261   | 17,5 | 203   | 18   |
| Total                        | 1.493 | 100  | 1.128 | 100  |
| Rede de Assistência social   |       |      |       |      |
| Sim                          | 175   | 11,9 | 96    | 8,6  |
| Não                          | 1.301 | 88,1 | 1.019 | 91,4 |
| Total                        | 1.476 | 100  | 1.115 | 100  |
| Rede de atendimento à mulher |       |      |       |      |
| Sim                          | 89    | 6,1  | 120   | 10,9 |
| Não                          | 1.372 | 93,9 | 983   | 89,1 |
| Total                        | 1.461 | 100  | 1.103 | 100  |
| Delegacia da mulher          |       |      |       |      |
| Sim                          | 80    | 5,5  | 59    | 5,4  |
| Não                          | 1.384 | 94,5 | 1.034 | 94,6 |
| Total                        | 1.464 | 100  | 1.093 | 100  |

Fonte: Dados da pesquisa.

A principal motivação foi o sexismo, citado em 292 (79,8%) das notificações prévias à pandemia, e 274 (83%) em seu decurso. Quanto ao tipo de violência, houve predomínio da física em 932 (62,3%) dos casos, antes da pandemia, e 768 (67,3%) durante, superando

as violências psicológica e sexual, cujos números também são relevantes. A força física foi o mecanismo mais prevalente, presente em 738 (53%) das notificações antes da pandemia, e 577 (51,5%) no período pandêmico. Observou-se maior prevalência de direcionamentos aos serviços da rede de saúde, sendo 1.232 (82,5%), antes da pandemia, e 925 (82%) durante a mesma.

## **DISCUSSÃO**

Os achados apontam para redução das notificações de violência contra a mulher no período pandêmico. Todavia, estudos assinalam que apesar da diminuição dos casos durante a pandemia, tal fato não representa a redução significativa da ocorrência desse agravo. Pelo contrário, pode ter servido para potencializar o problema, devido ao maior convívio da mulher com o agressor, aumentando o poder de vigilância deste sobre a vítima e reduzindo as oportunidades de acesso aos serviços da rede de proteção (Padilha & Gorish, 2021).

A situação da violência contra a mulher possui uma complexidade que muitas vezes não consegue ser medida estatisticamente, devido à subnotificação, realidade já prévia à pandemia. Com a eclosão da crise sanitária e imposição das medidas de isolamento e distanciamento social, o problema da subenumeração pode ter sido agravado. Acredita-se que, de modo somatório, situações como dependência afetiva e financeira podem também ampliar as dificuldades de busca pelas estratégias e serviços da rede de enfrentamento, reduzindo as chances de rompimento com o ciclo da violência (Farias *et al.*, 2021).

Observou-se que, apesar da redução do número de notificações durante a pandemia, no mês de março de 2021 o número de registros apresentou relativo aumento. Durante o referido mês medidas restritivas foram instauradas por meio dos Decretos nº 50.346 de 01/03/2021 e nº 50.433 de 15/03/2021 (Governo do Estado de Pernambuco, 2021), em Pernambuco, e nº 20.312 de 16/03/2021 (Governo do Estado da Bahia, 2021), na Bahia. Através destes documentos, ficou estabelecida a obrigatoriedade de fechamento dos serviços de caráter não essencial e suspensas aulas presenciais em escolas e faculdades. Tais medidas podem ter influenciado no aumento dos casos de violência contra a mulher no referido mês, considerando o maior tempo de isolamento com seu potencial agressor.

Analisando a média de idade das vítimas, observou-se que a maioria eram jovens, o que corrobora com dados encontrados em outros estudos que trataram acerca da violência contra a mulher (Moroskoski *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021 & Soares *et al.*, 2021). O predomínio da raça parda foi observado em ambos os períodos. Anteriormente ao período pandêmico, estudo apresentou convergência (Santos *et al.*, 2021) e outro, divergência, para o qual foi prevalente a raça branca (Maluf *et al.*, 2021), também predominante em pesquisa durante a pandemia (Souza & Farias, 2022). Em contrapartida, estudo realizado na cidade de Itabuna-BA, considerando antes e durante a pandemia, apresentou convergência quanto a variável raça-cor (Ferreira *et al.*, 2022).

Os dados encontrados evidenciam que a violência contra a mulher não é um problema pontual e sua ocorrência independe de idade ou raça/cor. Desse modo, o conhecimento destas informações é fundamental, pois estão associadas à maior vulnerabilidade, estando, as mulheres jovens negras e pardas mais propensas ao agravo (Moroskoski *et al.*, 2021 & Krenzinger *et al.*, 2021).

Quanto ao estado civil, o maior número das vítimas era solteira, seguida das casadas. Pesquisas apontam para achado similar em período anterior à pandemia (Silva *et al.*, 2021 & Maluf *et al.*, 2021). O Relatório Visível e Invisível, publicado em 2019, aponta para o mesmo padrão quanto à situação conjugal das mulheres violentadas. Os autores enfatizam que, a agressão, segundo gênero, transcende relacionamentos estáveis. Além disso, esse grupo de mulheres está sujeito à violência pelos ex-companheiros, os quais, quando insatisfeitos com o término e por conhecerem os locais de convívio da mulher, optam pela procura incessante e praticam, desde crimes de coação, à efetivação de feminicídio (Neme & Sobral, 2019).

A condição de ser casada, observada como prevalente em estudo realizado numa cidade paraibana, implica geralmente, em dificuldades para deixar a relação, principalmente quando possui filhos menores de idade. Além disso, a tentativa de rompimento pode provocar a não aceitação por parte do cônjuge e servir para agravar ainda mais o ciclo de violência (Gomes, 2020).

Em se tratando do perfil dos agressores, observou-se predomínio da violência praticada por indivíduos do sexo masculino, em sua maioria o cônjuge da vítima. Pesquisa que buscou identificar o perfil do agressor, entre anos de 2019 e 2020, antes e no decorrer da pandemia, também apresentou predomínio de agressores do sexo masculino. Todavia, houve divergência quanto ao parentesco, onde a violência foi perpetrada mais

comumente pelo ex-cônjuge. Já no decurso da pandemia, tem-se o mesmo padrão identificado nesta pesquisa, ou seja, o cônjuge foi o agressor mais comum (Melo *et al.*, 2021), fato também evidenciado em outras análises (Souza; Farias, 2022 & Campos; Pereira, 2023). Tal achado demonstra que a violência à mulher é geralmente praticada por pessoa próxima, e de convívio doméstico.

As situações de violência contra a mulher foram mais prevalentes na zona urbana, tendo ocorrido na residência da vítima e sendo praticadas por apenas um agressor, nos dois espaços de tempo averiguados. Esse achados se assemelham aos de pesquisas realizadas antes da pandemia da Covid-19, evidenciando a dimensão do problema da violência contra mulher, que ultrapassa as barreiras do período pandêmico (Soares *et al.*, 2021 & Maluf *et al.*, 2021).

A principal motivação para a violência perpetrada contra a mulher foi o sexismo nos dois períodos analisados, divergindo de achados de pesquisa comparativa entre os anos de 2019 e 2020, tendo sido evidenciado no primeiro ano, como maior motivação, a briga familiar, enquanto que em 2020, razões passionais (Ferreira *et al.*, 2022). Importa ressaltar a relevância do achado encontrado, pois a violência contra a mulher acompanha a evolução da humanidade, e suas causas estão fundamentadas nas relações desiguais, patriarcais, onde impera o sexismo estrutural. O momento de pandemia, ao ampliar o tempo em que a mulher está confinada ao lar, pelas medidas de isolamento, serve para ampliar as possibilidades de imposição do mesmo (Barbosa *et al.*, 2020).

Reforçando o dado encontrado acerca do tipo de violência, teve-se que o meio de agressão mais empregado na população estudada correspondeu à força física, tanto antes quanto depois da pandemia, apresentando tendência de queda no período pandêmico, que, como já pontuado, não representa efetivamente redução (Padilha & Gorish, 2021). Análises realizadas antes da pandemia evidenciam prevalência de ameaça (Silva *et al.*, 2021) e de espancamento (Maluf *et al.*, 2021). O primeiro achado difere do encontrado, enquanto o segundo traz semelhanças, uma vez que se enquadra como uma das modalidades de agressão física.

Observou-se maior incidência da violência física nos dois períodos analisados. Achado divergente foi identificado em estudo anterior à pandemia, para o qual a violência mais prevalente foi psicológica/moral (Silva *et al.*, 2021). Por sua vez, padrão semelhante foi identificado antes da pandemia (Maluf *et al.*, 2021) e durante a mesma (Padilha & Gorish, 2021).

Com relação a esse achado, ressalta-se que, a violência física contra a mulher é um dos tipos que possui maior visibilidade social, uma vez que costuma ser a mais denunciada. Sua ocorrência traz impactos consideráveis à qualidade de vida das vítimas, além de que aumenta o risco da mulher ocupar lugar nas estatísticas de feminicídio (Ipea, 2020).

Ademais, no que se refere ao achado divergente, acerca da violência psicológica/moral, reitera-se que, se trata de um dos tipos de violação vivenciada pelas mulheres que maior caracteriza a desvalorização desta enquanto mulher, devido aos impactos à sua qualidade de vida, saúde mental e autoestima. Além disso, o agravo ocorre, muitas vezes, sem que estas se percebam como vítimas, ampliando assim, as dificuldades para a denúncia e notificação, bem como as chances de maior invisibilidade do problema (Battisti & Lohmann, 2020).

Ao se analisar a natureza da violência, notou-se que além da violência física, as do tipo psicológica e sexual, apesar do menor número de casos, também são relevantes. Estudo que buscou analisar a associação da violência contra a mulher, com o perfil do parceiro íntimo, apontou serem estas os tipos mais prevalentes de violência praticada contra a mulher pelo parceiro, corroborando com outro estudo (Leite *et al.*, 2019).

Em se tratando da violência sexual, o período pandêmico agravou o problema, uma vez que o confinamento do casal aumentou a propensão a situações onde a mulher foi obrigada a manter relações sexuais forçadas, o que se enquadra como estupro marital, grave violação à dignidade, a igualdade e a liberdade da mulher, dentro de um espaço onde deve haver respeito, o casamento (Peneluci *et al.*, 2022). Importa ressaltar que a violência sexual implica em danos à saúde física e psicossocial das vítimas, com redução significativa da qualidade vida em curto e longo prazo (Gomes *et al.*, 2021).

Quanto aos encaminhamentos, a maioria das vítimas foi encaminhada à rede de saúde de urgência, antes e durante a pandemia. Os serviços da rede de saúde compõem a rede de proteção e a compreendem porta de entrada para o sistema de atenção em saúde, e apresentam fundamental relevância no manejo das situações de violência, em especial naquelas de caráter físico e/ou sexual. Nestes locais, os profissionais devem ter sensibilidade para o reconhecimento da situação violenta, para que, desse modo, realizem a notificação compulsória e a comunicação às autoridades legais (Krenzinger *et al.*, 2021).

Estudo realizado no Ceará acerca da mortalidade por violência contra a mulher, ressalta a importância do adequado tratamento das informações relacionadas à essa

problemática, uma vez que, por meio delas é possível a elaboração de políticas públicas e ações estratégicas direcionadas à sua prevenção e enfrentamento (Chagas *et al.*, 2022).

Vale ressaltar que, houve consideráveis lacunas de preenchimento das notificações. Aqui se evidencia a importância da adequada notificação do agravo, a ser realizada de modo compulsório, na suspeita ou confirmação da violência. A notificação representa instrumento de grande importância para dar visibilidade ao problema. As informações contidas no documento permitem identificar as estatísticas relacionadas ao agravo, essenciais para implementação das estratégias, projetos e intervenções de enfrentamento (Farias *et al.*, 2021).

## **CONCLUSÃO**

Constatou-se que as mulheres vítimas de violência eram jovens, pardas e solteiras. Seu(s) agressor(es), em maioria homens, cônjuges das mesmas. Observou-se prevalência de episódios de violência praticados em zona urbana, tendo como palco a residência da própria vítima. O evento foi geralmente praticado por apenas um agressor, sendo mais prevalente a violência física, motivada pelo sexismo. Dentre os serviços de enfrentamento, a rede de saúde de urgência recebeu maior número de encaminhamentos.

O conhecimento dos perfis e prevalências analisados possibilita o reconhecimento da dimensão do problema complexo e desafiador que é a violência contra mulher. Apesar de os achados terem evidenciado redução de ocorrência no período pandêmico, podem não representar uma condição real, pois devido às medidas de contenção à pandemia, pode ter havido maiores dificuldades para denúncia e notificação.

Como limitação pode ser citada as lacunas de preenchimento das notificações, condição que pode impactar na obtenção de estatísticas mais fidedignas. Aponta-se assim, para a necessidade de capacitação dos profissionais quanto ao adequado preenchimento, considerando que os dados nela contidos são fundamentais ao reconhecimento dos perfis de violência contra a mulher, contribuindo para a estruturação de estratégias e políticas públicas de combate e prevenção.

## REFERÊNCIAS

- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA. (2020). *A violência contra a mulher*. In: Beijing +20: avanços e desafios no Brasil contemporâneo. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10307>
- Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. *Lei Maria da Penha*. (2006). Diário Oficial da União. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)
- Brasil. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. (2015). *O feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio*. Diário Oficial da União. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm)
- Turatto, M. L., Silva, R. V. (2022). O direito penal como instrumento de combate ao feminicídio. *Acad. Dir*, 4, 147-169. <https://doi.org/10.24302/acaddir.v4.3248>.
- Vieira, P. R., Garcia, L. P., Maciel, E. L. N. (2020). Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev Bras Epidemiol.*, 23, e200033. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200033>.
- Brasil. Banco de Dados do Departamento da Informação à serviço do SUS. (2023). Brasília: Ministério da Saúde. *Violência Interpessoal/Autoprovocada-Brasil*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2020). Nota técnica: Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19. São Paulo: FBSP. 9p. <https://apidspace.universilab.com.br/server/api/core/bitstreams/828494f2-2899-44a1-8d86-c4a05e9f4aaf/content>
- Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. (2004). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Padilha, F. C. P. S., Gorish, P. (2021). Hiperendemia na pandemia: aumento nos índices de violência contra as mulheres. *UNISANTA Law and Social Science*, 10 (20), 227-38. <file:///C:/Users/Dell/Downloads/2966-7929-1-PB.pdf>
- Farias, A. A., Costa, H. M. C., Leandro, J. L. C., et al. (2021). Violência doméstica contra a mulher em tempos de Isolamento Social ante a Pandemia de Covid-19. *Id On Line Rev. Psic.*, 15 (58), 206-17. <https://dx.doi.org/10.14295/idonline.v15i58.3316>
- Governo do Estado de Pernambuco. Decretos – Prevenção ao coronavírus. (2021). <http://www.casacivil.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=101>
- Governo do Estado da Bahia. Medidas governamentais: Lista de decretos por data. (2021). <https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/>
- Moroskoski, M., Brito, F. A. M., Queiroz, R. O., et al. (2021). Aumento da violência física contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo: uma análise de tendência. *Ciência &*

*Saúde Coletiva*, 26, Supl. 3, 4993-5002. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02602020>

Silva, S. B. J., Conceição, H. N., Oliveira, M. R., et al. (2021). Perfil epidemiológico da violência contra a mulher em um município do interior do Maranhão, Brasil. *O Mundo Saúde*, 45, 56-65. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202145056065>.

Soares, M. L. M., Guimarães, N. G. M., Bonfada, D. (2021). Tendência, espacialização e circunstâncias associadas às violências contra populações vulneráveis no Brasil, entre 2009 e 2017. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (11), 5751-5763. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.25242020>.

Santos, L. J., Menezes, M. T., Silva, M. R. A., et al. (2021). Perfil sociodemográfico da violência doméstica e sexual sofrida pelas mulheres no nordeste Brasileiro, de 2014 a 2018. *Brazilian Journal of Development*, 7 (7), 70910-21. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-320>.

Maluf, G. C., Donida, I. C., Francisco, J. A. F. C., et al. (2021). Mudanças no perfil da mulher vítima de violência sexual em uma capital do sul do Brasil. *Medicina, Ribeirão Preto*. 54 (2), e177038. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.177038>.

Souza, L. J., Farias, R. C. P. (2022). Violência doméstica no contexto de isolamento social pela pandemia de covid-19. *Serv. Soc. Soc.*, 144, 213-32. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.288>.

Ferreira, M. R. A. B., Souza, K. A. B., Silva I., et al. (2022). Tendência da violência doméstica e familiar contra mulher no período de 2019/2020 em Itabuna/Bahia com ênfase na pandemia pelo SARS-CoV-2: prevalência e fatores associados. *Research, Society and Development*, 11 (1), e57111125261. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25261>.

Krenzinger, M., Farias, P., Morgado, R., et al. (2021). Violência de gênero e desigualdade racial em uma pesquisa com mulheres no território conflagrado do conjunto de favelas da Maré/Rio de Janeiro. *Trabalho necessário*, 19 (38), 267-89. <https://doi.org/10.22409/tn.v19i38.47366>

Neme, C., Sobral, I. Principais resultados. (2019). In: Relatório Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. 2ª ed. São Paulo: FBSP. 50p. <https://www12.senado.leg.br/institucional/procuradoria/proc-publicacoes/relatorio-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-2deg-edicao>

Gomes, K. S. (2020). Violência contra a mulher e Covid-19: dupla pandemia. *Revista Espaço Acadêmico*, 20(224), 119-129. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/55007>

Melo, C. A. S., Araújo, J. V. N., Costa, R. R. F., et al. (2021). Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres no Município de Marabá – PA. *Research, Society and Development*, 10 (11), e334101119572. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19572>

- Campos, E., & Pereira, C. A. R. (2023). Estudo observacional dos casos de violência contra mulher notificados em um hospital fluminense em 2020. *Saúde Debate*, 47 (138), 478-492. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313808>
- Barbosa, J. P. M., Lima, R. de C. D., Martins, G. de B., Lanna, S. D., & Andrade, M. A. C. (2020). Intersectionality and other views on violence against women in times of pandemic by Covid-19. In: *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.328>
- Battisti, C. R., & Lohmann, P. M. (2020). Análise dos indicadores de violência contra a mulher provenientes das notificações de violência da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde. *Research, Society and Development*, 9 (2), e159922247. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2247>
- Leite, F. M. C., Luis, M. A., Amorim, M. H. C., et al. (2019). Violence against women and its association with the intimate partner's profile: a study with primary care users. *Rev Bras Epidemiol*, 22, e190056. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190056>
- Gomes, N. P., Almeida, L. C. G., Campos, L. M., et al. (2021). Vulnerabilidade de mulheres ao estupro marital: reflexões a partir do contexto da pandemia da Covid-19. *Cienc Cuid Saúde*, 20, e57373. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v20i0.57373>
- Peneluci, I. C., Cunha, E. S., Santos Souza, H., et al. (2022). Crime de estupro marital: configuração de violência sexual nas relações conjugais. *Diálogos & Ciência*, 2 (1), 268-85. <https://doi.org/10.7447/1678-0493.2022v2n1p268-285>
- Chagas, E. R., Oliveira, F. V. A., Macena, R. H. M. (2022). Mortalidade por violência contra mulheres antes e durante a pandemia de Covid-19. Ceará, 2014 a 2020. *Saúde Debate*. 2022; 46(132):63-75. <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5933>.



**Capítulo 5**  
**ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR INFARTO**  
**AGUDO DO MIOCÁRDIO EM JOVENS NAS REGIÕES**  
**BRASILEIRAS**

*Mariana Pereira Coelho*  
*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*  
*Rosana Alves de Melo*  
*Roxana Braga de Andrade Teles*



# **ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM JOVENS NAS REGIÕES BRASILEIRAS**

*Mariana Pereira Coelho*

*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*

*Rosana Alves de Melo*

*Roxana Braga de Andrade Teles*

## **RESUMO**

Definição: os índices de casos por Doenças Cardiovasculares é um problema de saúde pública, que vem preocupando e aumentando os estudos e pesquisas nessa área. O Infarto Agudo do Miocárdio é uma das principais causas de óbitos no Brasil e no mundo. O impacto de Anos Potenciais de Vida Perdidos por Infarto Agudo do Miocárdio, especialmente na faixa etária jovem em âmbito nacional, representa importante custo social decorrente de uma causa de óbito que poderia ser evitada. Objetivo: determinar os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e as Taxas (TAPVP) por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) em jovens nas regiões do Brasil. Metodologia: estudo analítico do tipo ecológico de séries temporais, com abordagem quantitativa. Os dados coletados foram do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, no período de 2010 a 2019, em jovens, de 20 a 29 anos, nas regiões brasileiras. Resultados: no período de estudo foram notificados 5.144 óbitos causados por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil. Entre as regiões, o Sudeste apresentou índice elevado de mortalidade, com tendência de crescimento no período de estudo. Seguida da região Nordeste, Norte, Sul e Centro-Oeste, onde mantiveram-se estacionárias ao decorrer dos anos, com diferença significativa entre as regiões supracitadas. Conclusões: É notório a necessidade de políticas públicas para a prevenção de mortalidade por IAM, mediante o incentivo dos poderes públicos e governamentais no cuidado à saúde da população, especialmente, na faixa etária jovens, por intermédio de serviços adequados e de qualidade. Assim, subsidiar novos estudos sobre a temática, e abranger as particularidades de cada

## **1 INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas, o cenário epidemiológico global mostra um aumento na incidência das doenças cardiovasculares (DCV) (HUGUENIN et al., 2016). Em 2016, essas foram responsáveis por 17,9 milhões das mortes representando 31% da mortalidade global. Mais de 75% das mortes devido a DCV ocorrem em países de baixa e média renda (OPAS/OMS, 2017). Além disso, estima-se que até o ano de 2030, as doenças não transmissíveis representem mais de 75% das mortes em todo o mundo, sendo a maioria resultado de DCV (ODORICO et al., 2019).

Em geral, a doença cardíaca coronária em idades mais jovens é fortemente influenciada por fatores genéticos que são mais difíceis de modificar, resultando em um declínio menos impressionante nas taxas de hospitalização em comparação com os idosos (GUPTA et al., 2014). Dado isso, é fundamental o diagnóstico e tratamento precoce, por meio de serviços de aconselhamento ou manejo adequado de medicamentos (OMS, 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2017) adultos em países de baixa e média renda enfrentaram os maiores riscos – quase o dobro da taxa para adultos em países de alta renda. O número total de mortes por doenças crônicas não transmissíveis está aumentando devido ao crescimento populacional e ao envelhecimento (OPAS/OMS, 2018). O Japão experimentou uma tendência de declínio constante na incidência de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) nos últimos anos, que pode ser devido à aprovação das diretrizes de DCVs pelos centros de atendimento japoneses e à prescrição de medicamentos redutores de lipídios que reduzem os riscos de doença isquêmica (MOHSENI et al., 2017).

As principais DCVs, doença coronariana, doença arterial periférica, cardiopatia congênita, acidentes vasculares cerebrais, doença cardíaca reumática, incluindo o infarto agudo do miocárdio (OPAS/OMS, 2018), representam um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, o que resulta em altas taxas de incidência de mortalidade, devido ao aumento da prevalência de fatores de risco. (MOHSENI et al., 2017). As taxas de mortalidade brasileira por esse grupo de causas (183,3 / 100.000) estão entre as mais altas do mundo e se assemelham a países como a China e áreas como o leste da Europa (SANTOS et al., 2018).

O IAM é um evento agudo que resulta no atendimento de emergência seguido de internação hospitalar e é descrito como necrose miocárdica causada por isquemia

(HUGUENIN et al., 2016). A maioria das ocorrências clínicas envolvendo IAM têm seu desfecho em óbito em curto espaço de tempo após sua manifestação, sendo 40 a 65% das mortes na primeira hora, e 80% dentro das primeiras 24 horas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

Os fatores de risco no IAM, especialmente em idade precoce, consistem em tabagismo, hipertensão e dislipidemia (DLP). Assim, a prevenção primária e o controle desses fatores de risco são necessários (MOHSENI et al., 2017). É necessária uma educação adequada sobre estilo de vida saudável, aumento da atividade física e escolhas alimentares saudáveis para todas as pessoas, especialmente adolescentes e crianças (MOHSENI et al., 2017).

Nos Estados Unidos, IAM em pacientes com menos de 45 anos é responsável por 10% de todos os pacientes (MOHSENI et al., 2017). Além disso, é possível que jovens, com maior probabilidade de sobreviver a uma hospitalização por essa causa, tenham mais internações por IAM subsequente. Se a taxa desses eventos subsequentes não estiver diminuindo, isso pode ser responsável por quedas menos proeminentes da taxa de hospitalização nessa faixa etária (GUPTA et al., 2014). Diante disso, mostra-se a emergente necessidade de estudos e abordagens contínuas em relação ao IAM considerando que o mesmo representa um grande problema de saúde pública, para que futuras intervenções sejam realizadas e estabelecidas de modo eficaz aos grupos populacionais mais vulneráveis (SILVA et al., 2018).

Embora a taxa de mortalidade seja uma métrica essencial do estado de saúde de uma população, ela falha em capturar a morte prematura, uma importante medida de saúde pública (MANJUNATH et al., 2019). O indicador de anos potenciais de vida perdidos (APVP) abrange a mortalidade prematura a magnitude das causas e o impacto social e econômico das doenças (PEREA et al., 2019).

Tendo em vista que as DCV lideram as causas de óbitos no Brasil e é um problema de saúde pública. O IAM apresenta como salto indicador de mortalidade. O impacto dos APVP por IAM, especialmente na faixa etária jovem em âmbito nacional, representa importante custo social decorrente de uma causa de óbito que poderia ser evitada.

Considerando o impacto social da mortalidade precoce e em idade produtiva, é importante desenvolver estratégias, como políticas de prevenção e programas de saúde, a fim de minimizar ocorrências de óbito por IAM em jovens, portanto, esse estudo teve

como objetivo determinar os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por Infarto Agudo do Miocárdio em jovens nas regiões do Brasil.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo analítico do tipo ecológico de séries temporais, com abordagem quantitativa, utilizando dados de domínio público disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), bem como, dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e informações do Ministério da Saúde acerca de casos no Brasil.

O objeto foi composto pelos registros dos óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) em jovens no Brasil. Foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª revisão (CID-10) para identificação da causa do óbito.

A seleção foi realizada a partir de cruzamentos entre dados referentes ao período 2010-2019 na base eletrônica DATASUS e o tamanho da amostra foi determinado a partir da quantidade de registros arquivados nos sistemas de informações (DATASUS, IBGE, MS). Foram incluídos os dados de mortalidade registrados nas Declarações de Óbito por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (CID-10 I21, I22, I23) e disponibilizados no SIM, em ambos os sexos, cuja idade da vítima estivesse incluída entre 20 e 29 anos, segundo região brasileira de residência e período temporal 2010-2019. Foram excluídos do estudo os registros que apresentaram ignorabilidade dos dados.

As variáveis dependentes foram os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e as taxas desse indicador para os óbitos por IAM. E as variáveis independentes foram: ano de ocorrência do óbito e região de residência (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste, Centro-Oeste).

Adotou-se um limite superior de 70 anos, como ponto de corte para a definição de morte prematura (valor alternativo à expectativa de vida). Os APVP foram calculados, através da seguinte fórmula:  $APVP \text{ por causa} = \sum a_i d_i$ , onde:  $i = 1$ ;  $a_i$  = diferença entre a média de idade limite e o ponto médio do grupo etário, e,  $d_i$  = número de óbitos segundo causa em cada grupo etário. Em seguida, multiplicou-se o número de óbitos ocorridos em cada ponto médio da faixa etária estabelecida pelo número de anos que faltavam para alcançar aquele limite.

Para permitir uma comparação entre populações de tamanhos e pirâmides populacionais diferentes, foram calculadas as taxas dos APVP (TAPVP) adaptado de Reichenheim e Werneck (1994) <sup>(12)</sup>, para todo o período, seguindo a fórmula seguinte: TAPVP por causa =  $\sum a_i d_i \times 100.000/N$ , onde:  $i = 1$ ;  $a_i$  = diferença entre a média de idade limite e o ponto médio do grupo etário;  $d_i$  = número de óbitos ocorridos por causa em cada grupo etário; e,  $N$  = número de pessoas entre as idades de 1 e 70 anos na população de referência.

Em seguida, foi realizada a estatística descritiva para a caracterização da evolução dos APVP e das respectivas taxas entre as regiões brasileiras. Para análise de tendência temporal foram aplicados modelos de regressão linear considerando as variáveis dependentes os APVP e as TAPVP e a variável independente o ano. Os valores de  $p < 0,05$  foram considerados significativos e analisados os coeficientes cujos sinais determinaram a tendência crescente ou decrescente. Os modelos que não apresentaram significância foram considerados estacionários. Foram calculadas as tendências para cada região brasileira seguindo a sequência APVP e as taxas. Foram calculados ainda os intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Utilizou-se o teste de Kruskal Wallis (teste estatístico não-paramétrico) para verificar a diferença da média dos APVP entre as regiões brasileiras, considerando a não normalidade da distribuição da variável pelo Shapiro Wilk). Depois o Teste ANOVA *oneway*, foi utilizado para verificar a diferença das TAPVP no Brasil entre suas regiões, dada a homogeneidade da distribuição da variável.

Calculou-se a diferença dos APVP e das TAPVP no período de 2010 a 2014 ( $t_1$ ) e 2015 a 2019 ( $t_2$ ), para determinar a variação percentual, com o intuito de evitar erros e não utilizar apenas um ano como referência, logo, foram calculados os primeiros quatro e os últimos quatro anos. Foram demonstrados também, por tabela, a regressão linear, onde foi possível determinar a tendência dos anos estudados. A forma realizada para calcular foi a seguinte:  $((t_2 - t_1) / t_1) \times 100$ .

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2013 e tratados pelo programa estatístico Stata 14.0 para a análise dos dados, apresentando seus resultados em tabelas e gráficos.

## RESULTADOS

No período de 2010 a 2019 foram notificados 5.144 óbitos causados por IAM no Brasil.

Observa-se, na tabela 1, que a região Sudeste apresentou os resultados com maior prevalência com 10515.05 APVP e a TAPVP 75.24 dos casos identificados. E a região Nordeste em segundo lugar com 7534.8 APVP e 76.43 TAPVP. Nota-se que a região Sudeste apresentou o maior valor de APVP que outras regiões do Brasil, e o Nordeste o maior valor da TAPVP. Onde foi possível analisar que há diferença média entre as regiões em jovens com faixa etária de 20 a 29 anos.

Verificou-se nas outras regiões os Anos Potenciais de Vida Perdidos, que no Centro-Oeste, destaca-se com o menor valor de 1378.65 APVP, em seguida com 1901.9 o Sul e 2074.8 o Norte.

**Tabela 1.** A média de Anos Potenciais de Vida Perdidos e a Taxa de APVP por Infarto Agudo do Miocárdio em jovem nas regiões brasileiras.

| Região       | APVP (média) | p-valor* | TAPVP | p-valor** |
|--------------|--------------|----------|-------|-----------|
| Norte        | 2074.8       | 0.0001   | 64.69 | 0.0001    |
| Nordeste     | 7534.8       |          | 76.43 |           |
| Sudeste      | 10515.05     |          | 75.24 |           |
| Sul          | 1901.9       |          | 40.15 |           |
| Centro-Oeste | 1378.65      |          | 51.23 |           |

\*Kruskal Wallis; \*\* ANOVA oneway

Fonte: Própria Autora, 2021.

Para entender melhor por período e a tendência, a tabela 2, mostra os anos e as taxas perdidos por cada região, a evolução ao longo dos anos, de 2010 a 2014 e 2015 a 2019.

Os Anos Potenciais de Vida Perdidos no período de 2010 a 2019, tanto houve crescimento, como redução. Em destaque, a região Sul, a única que apresentou redução do APVP, sendo no valor de 1938.3 para o período de 2010 a 2014, para 1865.5 para o período de 2015 a 2019, com (variação % = -3.8). A região com maior crescimento, o Sudeste de 9072.7 para 11957.4 (variação % = 31.8), as demais, Centro-Oeste (variação % = 10.4), Norte (variação % = 6.3), Nordeste (variação % = 0.5).

A análise da regressão linear mostrou uma clara tendência de aumento na região Sudeste ( $\beta = 497.2$ ;  $p = 0.026$ ), apresentando, assim, um crescimento significativo, comparando com as outras regiões.

As Taxas de APVP, o Sudeste destacando com crescimento ao longo dos anos, de 63.9 em 2010 a 2014 para 86.5 (variação % =26.1), no ano de 2015 a 2019. Com tendência de crescimento tanto nos anos, como nas taxas, tendo significância ( $\beta = 3.9$ ;  $p = 0.016$ ). E, as outras regiões brasileiras, mantiveram-se estacionárias ao decorrer dos anos.

Dado isso, conclui-se a partir dessa tabela que a região Sudeste, destaca-se em primeiro lugar como a região que tem mais anos perdidos por Infarto Agudo do Miocárdio na faixa etária jovem. Em segundo, a região Nordeste, em terceiro a região Norte, em quarto a região sul e por último a região Centro-Oeste.

**Tabela 2.** A evolução de Anos Potenciais de Vida Perdidos e a Taxa de APVP por Infarto Agudo do Miocárdio em jovem nas regiões brasileiras.

| Mecanismo em jovens nas Regiões Brasileiras: |           |           |            |           |         |        |       |              |
|----------------------------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|---------|--------|-------|--------------|
| Região                                       | 2010-2014 | 2015-2019 | Variação % | Coef. (β) | p-valor | IC95%  |       | Tendência*   |
| APVP                                         |           |           |            |           |         |        |       |              |
| Norte                                        | 2011.1    | 2138.5    | 6.3        | 50.7      | 0.257   | -45.1  | 146.6 | Estacionária |
| Nordeste                                     | 7516.6    | 7553      | 0.5        | 0.6       | 0.995   | -190.1 | 191.2 | Estacionária |
| Sudeste                                      | 9072.7    | 11957.4   | 31.8       | 497.2     | 0.026   | 76.0   | 918.4 | Crescimento  |
| Sul                                          | 1938.3    | 1865.5    | -3.8       | 26.5      | 0.165   | -13.4  | 66.4  | Estacionária |
| Centro-Oeste                                 | 1310.4    | 1446.9    | 10.4       | 15.2      | 0.616   | -52.0  | 82.3  | Estacionária |
| TAPVP                                        |           |           |            |           |         |        |       |              |
| Norte                                        | 64.3      | 65.0      | 1.1        | 0.9       | 0.498   | -2.1   | 4.0   | Estacionária |
| Nordeste                                     | 75.9      | 76.9      | 1.3        | 0.1       | 0.906   | -1.8   | 2.0   | Estacionária |
| Sudeste                                      | 63.9      | 86.5      | 26.1       | 3.9       | 0.016   | 0.9    | 6.9   | Crescimento  |
| Sul                                          | 41.0      | 39.3      | -4.2       | 0.5       | 0.184   | -0.3   | 1.4   | Estacionária |
| Centro-Oeste                                 | 49.0      | 53.5      | 8.5        | 0.4       | 0.698   | -2.1   | 3.0   | Estacionária |

\*Regressão linear

Fonte: Própria Autora, 2021.

Os Anos Potenciais de Vida Perdidos e a Taxa dos APVP por IAM no Brasil, evidenciaram uma tendência de crescimento mínima e pouca regressão, manteve-se estável. No ano de 2016, ocorreu um pico, e decresceu no ano seguinte. Porém, percebe-se que obteve diferença ao longo dos anos. No período de 2010 a 2014 ocorreu crescimento, tanto nos APVP e TAPVP, já em 2015, decresceu um valor mínimo, para no ano seguinte, crescer um pouco, conforme demonstrado no gráfico 1.

**Gráfico 1.** A evolução dos Anos Potenciais de Vida Perdidos e a Taxa de APVP por infarto agudo do miocárdio no Brasil nos períodos de 2010 a 2019.



As TAPVP foram apresentadas no eixo secundário

Fonte: Própria Autora, 2021.

## DISCUSSÃO

O IAM apresenta elevada prevalência no Brasil, cursando como a segunda causa de morte cardiovascular, tendo previsão de contínuo crescimento, em países em desenvolvimento. No sistema público de saúde a taxa de mortalidade dos pacientes internados com infarto agudo do miocárdio se manteve elevada ao longo dos anos de 2005 (16,1%) e 2010 (15,3%) (Silva, et al, 2018).

As diferenças culturais, demográficas, socioeconômicas e políticas entre as regiões do Brasil conferem às suas populações diferentes condições de vida e saúde, gerando fatores de risco e problemas diferentes (Silva, et al, 2018), o que pode explicar as diferenças na evolução das taxas de mortalidade as diferentes regiões geográficas brasileiras evidenciadas no presente estudo (Santos, et al., 2018).

Alguns outros fatores também devem ser observados como os psicossociais e comportamentais, o índice de massa corpórea, a frequência de detecção e tratamento de doenças associadas, o estresse psicológico e o comportamento do paciente ao buscar cuidados médicos (Sampaio, et al., 2012). A baixa escolaridade pode indicar um déficit no conhecimento por parte dos pacientes (Silva, et al, 2018).

Grande parcela dos óbitos por IAM ocorre no domicílio, consequência da ausência de conhecimento acerca dos primeiros sintomas e demora na busca de ajuda médica,

sendo demonstrado que uma escolaridade maior representou uma busca precoce pelo serviço (Silva, et al, 2018).

Alguns estados se apresentam com índices altos de mortalidade, como é o caso do estado de São Paulo (25%), seguindo-se o estado do Rio de Janeiro, com 11,6% e em terceiro lugar o estado de Minas Gerais (7,7%), todos eles pertencentes à região Sudeste (Silva, et al, 2018). Esses dados mostraram que o grupo estudado foram predominantemente caracterizado por condições socioeconômicas deficitárias, as quais constituem fator de risco independente para doenças cardiovasculares (Sampaio, et al., 2012).

Ainda é importante destacar que as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram as menores taxas em todos os períodos quando comparadas às outras regiões geográficas e ao Brasil (Costa, et al., 2018).

Assim como a identificação dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares, possibilitando a implementação de medidas para a sua prevenção e controle, que ocorreu de maneira incipiente nos países em desenvolvimento, é outra explicação possível (Costa, et al., 2018).

O Japão experimentou uma tendência de declínio constante na incidência de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) nos últimos anos, que pode ser devido à aprovação das diretrizes de DCV pelos centros de atendimento japoneses e à prescrição de medicamentos redutores de lipídios que reduzem os riscos de doença isquêmica (Mosheni, et al., 2017).

Nesse sentido, os resultados desse estudo apontam para a necessidade da urgente correção das deficiências na prevenção e controle do IAM desde as ações de promoção à saúde até o atendimento pré-hospitalar, tanto no nível secundário quanto no terciário, e que essas medidas considerem as especificidades de cada uma das regiões geográficas do país (Costa, et al., 2018). Nesse caso, destaca-se a possibilidade de condições mais adequadas de vida e moradia estarem relacionadas a uma maior expectativa de vida com menor exposição aos fatores de riscos das doenças (Silva, et al, 2018).

Diante dos resultados expostos, evidenciam a necessidade de melhoria do acesso aos serviços as doenças cardiovasculares, especialmente, o Infarto Agudo do Miocárdio, com vistas a adequar a realidade prática à demanda no âmbito nacional, com ênfase na região Sudeste, a qual obteve-se crescimento ao longo dos anos. Deve-se ressaltar, ainda, a importância da prevenção de doenças e da promoção da saúde. Em relação às limitações,

a pesquisa não apresentou muitas, contudo por se tratar de dados secundários, a sua utilização tornou-se uma limitação para a pesquisa.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observou-se a região Sudeste com índice maior em comparação ao Nordeste, ao Norte, ao Sul e ao Centro-Oeste, e em relação a tendência também. Fato que evidencia a necessidade de aperfeiçoamento, seja do acesso, quanto de orientações sobre prevenção e promoção das DCV, de forma geral, em nível nacional, em específico na região Sudeste.

Nesse contexto, é notório a indagação por a região Sudeste, ser destaque em primeiro lugar como região mais desenvolvida, e apresentar dados elevados tão relevantes de mortalidade por tal diagnóstico. Para tal, torna-se fundamental a educação em saúde na população, para que sejam implantadas medidas preventivas e corretivas na faixa etária de 20 a 29 anos.

Através dos resultados, percebeu-se que a falta de informação fere a assistência que será prestada a pacientes infartados. Com isso, cresce a preocupação, por falta de orientações básicas, como, os primeiros socorros. Outro fator, é o estilo de vida que os jovens que atuam em áreas urbanas vivem, tais como, ausência de exercício físico, alimentação inadequada, - acarretando a obesidade, e assim, gerando a predisposição de adquirir outras comorbidades - o uso exacerbado de drogas lícitas e ilícitas, tornando-os vulneráveis ao IAM.

Desse modo, acredita-se que o estudo poderá subsidiar novas pesquisas sobre a temática e incentivar a elaboração de políticas públicas para a prevenção da mortalidade por IAM considerando a complexidade dos fatores e a distribuição desigual do problema de saúde pública. Além de abranger as particularidades de cada região do Brasil.

## **REFERÊNCIAS**

ARUTO, G. C.; LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Melhores Práticas No Cuidado À Pessoa Com Doença Cardiovascular: Interface Entre Liderança E Segurança Do Paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, 2016.

COSTA, M; BARRETO. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189–201, 2003.

COSTA, F.A.S, et al. Perfil demográfico de pacientes com infarto agudo do miocárdio no Brasil: revisão integrativa. **SANARE**, Sobral - v.17 n. 02, p. 66-73, Jul./Dez. 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1263/671> Acesso em 20 de out. de 2020.

CARVALHO F.; NOGUEIRA, L.; VIANA, L.: HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, p. 930–936, 2011.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Infarto agudo do miocárdio é primeira causa de mortes no País, revela dados do DATASUS**. 2014. Disponível em: <http://datasus1.saude.gov.br/noticias/atualizacoes>. Acesso em: 22 nov. 2020.

GUPTA, A. et al. Trends in Acute Myocardial Infarction in Young Patients and Differences **HHS Public Access**, v. 64, n. 4, p. 337–345, 2015.

HUGUENIN, F. M et al. Caracterização dos padrões de variação dos cuidados de saúde a partir dos gastos com internações por infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p. 229–242, 2016.

KARUNATHILAKE, S. P.; GANEGODA, G. U. Secondary Prevention of Cardiovascular Diseases and Application of Technology for Early Diagnosis. **BioMed Research International**, v. 2018, 2018.

MANJUNATH, L. et al. **Years of potential life lost from cardiovascular disease among Hispanics. Ethnicity and Disease**, v. 29, n. 3, p. 477–484, 2019.

MOSHENI, J. et al. A Systematic Review on the Prevalence of Acute Myocardial Infarction in Iran. **Heart Views**, 2017.

ODORICO, M. et al. How to support smoking cessation in primary care and the community: A systematic review of interventions for the prevention of cardiovascular diseases. **Vascular Health and Risk Management**, v. 15, p. 485–502, 2019.

OLIVEIRA, M. A.; ALBUQUERQUE, G.A.; ALENCAR, A. M. G. Satisfação do cliente portador de infarto agudo do miocárdio acerca dos cuidados de enfermagem. [s. l.], **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 1, p. 95-103, 2009.

OPAS/OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Doenças Cardiovasculares**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso em: 02 nov. 2020.

OPAS/OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Doenças Cardiovasculares**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso em: 02 nov. 2020.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PEIXOTO, H.C.; SOUZA, M. L. S. O indicador anos potenciais de vida perdidos e a ordenação das causas de morte em Santa Catarina, 1995. **Informe Epidemiológico do Sus**, v. 8, n. 1, p. 17–25, 1999.

PEREA, L. M. E. et al. Potential years of life lost due to oropharyngeal cancer in Brazil: 1979 to 2013. **Revista de saúde pública**, v. 53, p. 67, 2019.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REICHENHEIM, M. E.; WERNECK, G. L. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As mortes violentas em questão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. suppl 1, p. S188–S198, 1994.

RIBEIRO, K. R. A.; SILVA, L. P.; LIMA, M. L. S. Conhecimento do infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPI**. Goiás, v.5, n. 4, p. 63-68, 2016. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5546>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

SAMPAIO, E.S.; MENDES, A.S.; GUIMARÃES, A.C.; MUSSI, F.C. Percepção de clientes com infarto do miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 4, 2012, p. 687-696. Doi: 10.4025/cienccuidsaude.v11i4.17591.

SANTOS, J. et al. Mortality due to acute myocardial infarction in Brazil and its geographical regions: Analyzing the effect of age-period-cohort. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1621–1634, 2018.

SILVA, A. et al. Características sociodemográficas das vítimas de infarto agudo do miocárdio no Brasil. **Enfermagem Brasil**, v. 16, n. 6, 2018.

SIQUEIRA, A. S. E; FILHO, A. G. S.; LAND, M. G. P. **Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no brasil**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 109, n. 1, p. 39–46, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 93, n. 6, p. 179–264, 2009.



**Capítulo 6**  
**MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTES**  
**TERRESTRES: O IMPACTO NOS ANOS POTENCIAIS DE VIDA**  
**PERDIDOS EM MULHERES BRASILEIRAS**

*Luana Carvalho Amando Oliveira*

*Rosana Alves de Melo*

*Sylmara Ribeiro de Souza*

*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*



# **MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTES TERRESTRES: O IMPACTO NOS ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS EM MULHERES BRASILEIRAS**

*Luana Carvalho Amando Oliveira*

*Rosana Alves de Melo*

*Sylmara Ribeiro de Souza*

*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*

## **RESUMO**

Objetivo: Analisar os Anos Potenciais de Vida Perdidos por Acidentes de Transportes Terrestres na população feminina brasileira, segundo região e tipo de vítima/ocupantes de veículos. Métodos: Foi realizado um recorte de 10 anos dos dados relacionados à mortalidade por Acidentes de Transportes Terrestres. Os dados foram coletados para o sexo feminino, região de residência, faixa etária e tipo de vítima/ ocupante de veículo. Os Anos Potenciais de Vida Perdidos e as respectivas taxas foram calculados utilizando-se a idade limite de 70 anos. Realizou-se a estatística descritiva e inferencial. Resultados: A região que apresentou maior média no indicador foi a região Sudeste. Analisado o tipo de vítima/ocupante de veículo observou-se que os pedestres obtiveram a maior média de Anos Potenciais de Vida Perdidos e taxas. Ocupantes de Motocicletas apresentaram aumento das taxas do indicador. Quanto à variação proporcional do período analisado, a categoria pedestre apresentou redução de Anos Potenciais de Vida Perdidos e de taxa. Conclusão: A região que apresentou maior taxa foi a região Centro-Oeste e o tipo de vítima/ocupantes de veículos pedestres foram as que obtiveram maior destaque no estudo.

## **Introdução**

Os Acidentes de Transportes Terrestres (ATT) correspondem a uma violência letal responsável por cessar milhares de vidas (Waiselfisz, 2013) e em 2013 representaram a nona principal causa de óbito em todas as faixas etárias no mundo, sendo responsáveis por um saldo anual 1,25 milhão de vítimas (Who, 2015). No Brasil, estes estão incluídos nas mortes consideradas previsíveis e evitáveis (Malta et al., 2011), cuja prevenção está relacionada à tecnologia disponível e acessível pela maior parte da população (Waiselfisz, 2013; Who, 2015).

Nesse cenário global, o Brasil ocupa destaque como um dos países com maior número de óbitos por acidentes de trânsito, antecedido apenas por Índia, China, Estados Unidos e Rússia (Waiselfisz, 2013; Who, 2013). Em 2011, o país apresentou taxa de 22,5 óbitos por cada 100 mil habitantes por acidente de trânsito (Waiselfisz, 2013) e em 2013 apresentou taxa superior à média mundial, e maior que o dobro das taxas dos países desenvolvidos (Ipea, 2015).

Estima-se que 50% dos óbitos ocorridos por acidentes de trânsito acometam motociclistas, pedestres e ciclistas, público esse considerado mundialmente como mais vulnerável, embora possa apresentar variações de acordo com região ou país (Who, 2013). No Brasil, dentre os óbitos por causas externas, os ATT são a segunda causa mais incidente, precedido apenas por mortes em consequência da violência interpessoal (Ladeira et al., 2017). Em todas as regiões do país, o coeficiente padronizado de mortalidade por ATT tem se demonstrado maior entre o sexo masculino, ao tempo que 20% acometem o sexo feminino. No entanto, expressivas diferenças regionais deste agravo podem ser encontradas (Moura et al., 2015).

As pessoas mais jovens constituem o maior número de vítimas de ATT no Brasil (Who, 2015; Carvalho, 2016) e, além da magnitude, a precocidade com que ocorrem esses óbitos tem causado grande repercussão. Os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) é um indicador que exprime os efeitos dos óbitos precoces em relação a expectativa de vida esperada para uma determinada população e possibilita estabelecer a relevância que as diferentes causas de óbitos assumem (Kerr-Pontes; Rouquayrol, 2003).

Estudar o comportamento dos óbitos por causas externas em mulheres assume papel essencial na definição de um novo perfil, mais diversificado e complexo, de saúde-doença (Marinho; Passos; França, 2016). Os ATT lideram as causas externas sobre o sexo

feminino e o aumento da representação da mulher na sociedade também resulta em maior atuação no tráfego rodoviário, que a expõe a diversos riscos semelhante à população masculina (Bringmann et al., 2014).

Dessa forma, aprofundar discussões acerca do impacto desse fenômeno, se torna imprescindível para nortear o planejamento de ações governamentais e para gerar indicadores de comparação entre as diversas regiões do país. Nesse sentido, o presente estudo objetivou analisar os APVP por ATT na população feminina brasileira.

## **Método**

Foi realizado estudo ecológico de série temporal, com análise descritiva e analítica de dados agregados. Os dados relacionados a mortalidade obtidos para realização do estudo foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS). Os dados demográficos foram do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também disponibilizados no DATASUS.

Foi realizado um recorte de 10 anos, com período iniciado em 2007 e finalizado em 2016, em razão de ser o último ano com dados disponíveis na plataforma no momento de coleta dos dados. Para tabulação dos óbitos segundo região, foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª revisão (CID-10), na qual os ATT são classificados do V01 ao V99. Os dados foram coletados para o sexo feminino, região de residência e tipo de vítima/ocupante de veículo. A faixa etária foi coletada para cálculo dos APVP.

Foram estudadas cinco categorias de tipo de vítima/ocupantes de veículos: pedestre, ciclista, motociclista (motocicleta, motoneta, ciclomotor e triciclo), ocupante de automóvel (automóveis e caminhonete) e outros (ocupante de ônibus, ocupante de veículo de transporte pesado). Foram consideradas para o estudo as regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Os APVP foram calculados utilizando-se a idade limite de 70 anos, por meio da seguinte fórmula<sup>9</sup>:

$$\text{APVP por causa} = \sum a_i d_i,$$

Onde:

$$i = 1$$

ai = diferença entre a média de idade limite e o ponto médio de cada grupo etário, utilizando-se a idade limite de 70 anos.

di = número de óbitos segundo causa em cada grupo etário.

O produto obtido foi o resultado da multiplicação do número de óbitos ocorridos em cada ponto médio das faixas etárias estabelecidas pelo número de anos que faltavam para alcançar a determinada idade limite, ou seja, os anos potenciais de vida perdidos.

Com objetivo de possibilitar analogias entre populações de tamanhos e pirâmides populacionais distintas, foram calculadas as taxas dos APVP (TAPVP)<sup>12,13</sup>. Para o cálculo foi considerada a população feminina em todo o período, seguindo a fórmula abaixo:

$$\text{TAPVP por causa} = \sum_{i=1} ai di \times 100.000/N$$

Onde:

$$i = 1$$

ai = diferença entre a média de idade limite e o ponto médio de cada grupo etário. Utilizando-se a idade limite de 70 anos.

di = número de óbitos ocorridos por causa em cada grupo etário de mulheres.

N = número de pessoas do sexo feminino entre as idades de 0 e 70 anos na população de referência.

Inicialmente foi realizada a estatística descritiva com a apresentação dos valores por meio da média. A estatística inferencial foi aplicada utilizando o teste não paramétrico Kruskal-Wallis para diferença dos APVP médios e suas respectivas taxas, após avaliação da normalidade da distribuição segundo o teste Shapiro Wilk. Para todos os testes, foi adotada significância estatística de 5% e intervalo de confiança de 95% para média e taxas. Para análise da variação temporal da média dos APVP e das TAPVP, foi calculada a variação proporcional entre o período final e inicial e sendo considerado o sinal do resultado para crescimento ou redução.

Todos os aspectos éticos referentes à utilização de dados de domínio público foram respeitados, seguindo a Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2013 e tratados pelo programa estatístico Stata 14.0 e seus resultados apresentados em figuras e tabelas.

## Resultados

A Tabela 1 apresenta a média dos APVP e suas respectivas taxas na população feminina por ATT nas regiões do Brasil e tipo de veículo ocupado pela vítima entre 2007 e 2016. A região que apresentou maior média de APVP foi a região Sudeste (11554,7 APVP), seguido pela região Nordeste (8311,5 APVP) ( $p = 0,0001$ ).

Quando analisado a média das taxas de APVP (TAPVP), percebeu-se mudança nesse cenário. A região que apresentou maior taxa foi a região Centro-oeste com 337,5/100.000 habitantes, seguida pela região Sul (281,9/100.000) ( $p = 0,0001$ ) (Tabela 1).

Analisando o tipo de vítima/ocupante de veículo, observou-se que a categoria pedestre foi a que obteve maior média de APVP com 6980,8, seguida das vítimas de acidentes com automóveis (5080,2 APVP) ( $p = 0,0001$ ). Em relação à média da TAPVP, prevaleceram também os acidentes com pedestres, seguida por automóvel com taxas de 49,2 e 33,8/100.000, respectivamente ( $p = 0,0001$ ) (Tabela 1).

Tabela 1- Média de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) e das taxas por 100.000 habitantes em mulheres segundo região do Brasil e tipo de veículo ocupado pela vítima. 2007-2016.

| Região                                    | APVP<br>médio | IC95%  | P-<br>valor* | TAPVP | IC95% | p-valor* |
|-------------------------------------------|---------------|--------|--------------|-------|-------|----------|
| Norte                                     | 3113,4        | 2624,3 | 3602,5       | 266,4 | 236,6 | 296,2    |
| Nordeste                                  | 8311,5        | 7033,9 | 9589,0       | 194,6 | 173,2 | 216,0    |
| Sudeste                                   | 11554,7       | 9826,2 | 13283,2      | 185,7 | 163,4 | 208,1    |
| Sul                                       | 5962,9        | 5058,7 | 6867,1       | 281,9 | 247,0 | 316,8    |
| Centro-oeste                              | 3842,7        | 3277,0 | 4408,5       | 337,5 | 300,9 | 374,1    |
| <b>Tipo de vítima/ocupante de veículo</b> |               |        |              |       |       |          |
| Pedestre                                  | 6980,8        | 6236,7 | 7724,9       | 49,2  | 45,8  | 52,6     |
| Ciclista                                  | 803,6         | 661,6  | 945,5        | 5,7   | 4,2   | 7,2      |
| Motociclista                              | 3344,4        | 2405,1 | 4283,7       | 21,3  | 15,8  | 26,9     |
| Automóvel                                 | 5080,2        | 3994,9 | 6165,6       | 33,8  | 27,4  | 40,3     |
| Outros                                    | 340,3         | 274,3  | 406,3        | 2,7   | 1,7   | 3,8      |

APVP- Anos Potenciais de Vida Perdidos, TAPVP- Taxa de Anos Potenciais de Vida Perdidos. \*Teste de Kruskal-Wallis.

A figura 1 apresenta a evolução dos APVP por tipo de vítima/ocupante de veículo no período em estudo (2007-2016). Todas as categorias, com exceção a de automóveis,

apresentaram ponto máximo de média de APVP em 2010. No início do período, o tipo de vítima com maior média de APVP foi pedestre, com 8334,9 apresentando redução ao final do período, sucedido pelos ocupantes de automóvel com 4418,0 APVP, que apresentou crescimento (Figura 1).

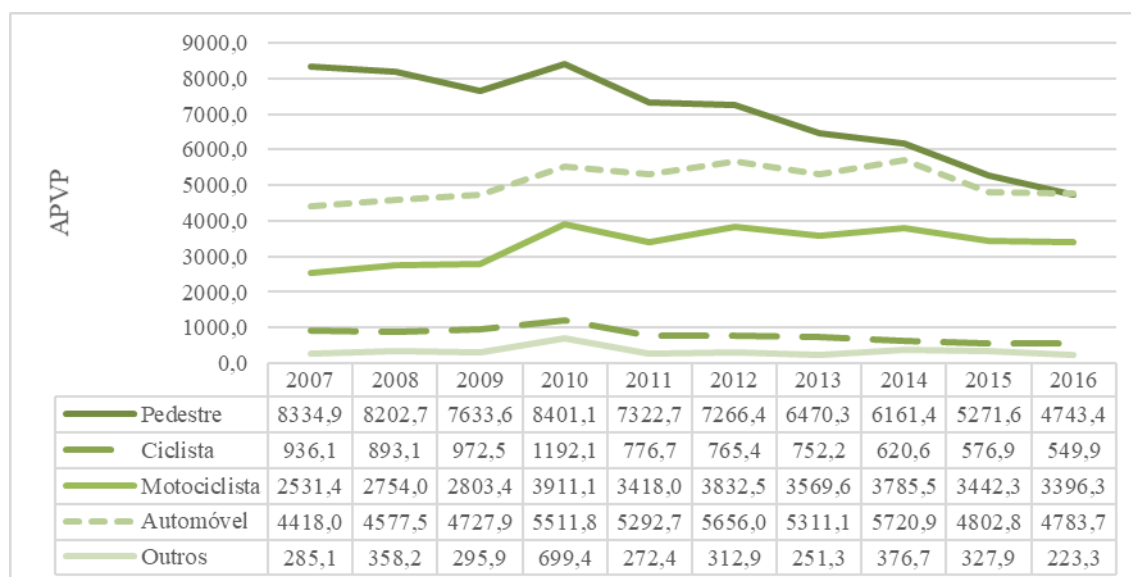


Figura 1- Evolução da média de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em mulheres por tipo de vítima/ocupantes de veículos entre 2007 e 2016. Brasil.

A figura 2 apresenta a evolução da TAPVP por tipo de veículo entre 2007 e 2016. A categoria pedestre apresentou maior taxa média durante todo o estudo, com ápice em 2010 e posterior redução. Para os automóveis, a média da TAPVP apresentou discreto aumento entre 2007 e 2010, exprimindo oscilações posteriores.

As ocupantes de motocicletas apresentaram constante aumento das TAPVP no decorrer dos anos até 2010 quando apresentou seu valor máximo. A categoria ciclista apresentou também valor máximo em 2010, com redução no período seguinte. As ocupantes de outros tipos de veículos apresentaram menores valores com oscilações ao longo dos anos (Figura 2).



Figura 2- Evolução da média da Taxa dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (TAPVP) por 100.000 habitantes por tipo de vítima/ocupantes de veículos entre 2007 e 2016.

A tabela 2 mostra a variação proporcional da média de APVP e de TAPVP segundo tipo de vítima/ocupante de veículo. O tipo de vítima que apresentou maior variação tanto em média de APVP quanto em TAPVP foi a de pedestre, com redução de 43,1 e 44,8%, respectivamente. As ciclistas foram a segunda maior redução proporcional dos APVP e das TAPVP (41,3% e 41,0%, respectivamente). As ocupantes de motocicletas apresentaram crescimento, com  $\Delta\%$  APVP e TAPVP de 25,5 e 24,2%, respectivamente; e de ocupante de automóvel com aumento de 4,5% na TAPVP (Tabela 2).

Tabela 2- Variação proporcional das categorias de tipo de vítima/ocupante de veículo entre o ano de início e término do estudo. Brasil, 2007 e 2016.

| <b>Veículo</b> | <b><math>\Delta\%</math> APVP</b> | <b><math>\Delta\%</math> TAPVP</b> |
|----------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Pedestre       | -43,1%                            | -44,8%                             |
| Ciclista       | -41,3%                            | -41,0%                             |
| Motociclista   | 25,5%                             | 24,2%                              |
| Automóvel      | 8,3%                              | 4,5%                               |
| Outros         | -21,7%                            | -21,1%                             |

$\Delta\%$  - Variação percentual entre o período inicial e final

APVP – Anos Potenciais de Vida Perdido

TAPVP – Taxa de Anos Potenciais de Vida Perdido

## Discussão

Os resultados mostraram o comportamento dos APVP e suas respectivas taxas em mulheres segundo região e tipo de vítima/ocupante de veículo no Brasil. Os APVP

ocuparam os primeiros lugares na região Sudeste e Nordeste, evocando que o indicador em estudo direciona para a precocidade com que esses óbitos estão ocorrendo nas mulheres. A região Sudeste é uma região com elevado contingente populacional e, conseqüentemente, apresenta o maior número de óbitos por ATT (Andrade; Mello-Jorge, 2016). Estudo realizado em 2012, na cidade de Marília, São Paulo, mostrou que 32,7% dos acidentes de trânsito acometem as mulheres<sup>15</sup>. Vale ressaltar que o indicador APVP não é uma medida relativa (Kerr-Pontes; Rouquayrol, 2003).

Nesse sentido, quando o indicador passa a ser analisado de forma relativa com as taxas, mostra o risco que nas regiões Centro-Oeste e Sul foram as maiores. O resultado concorda com estudo que estimou os APVP por ATT no Brasil, em 2013, após três anos do início da Década de Ação pela Segurança no Trânsito, apresentando maiores taxas de mortalidade por ATT na Região Centro-Oeste (Andrade; Mello-Jorge, 2016). Concomitantemente, os resultados obtidos dos APVP e TAPVP da região Sul divergem dos índices de outros estudos, quando analisados de forma geral. Todavia, o presente estudo tratou exclusivamente da população feminina.

As mulheres são maioria na população brasileira e cada vez mais têm se inserido no mercado de trabalho e ocupado cargos anteriormente exclusivos dos homens. Têm assumido jornadas duplas de trabalho e aumentado sua exposição a alguns fatores de risco. Apresentam características físicas e comportamentais diferentes do homem, tornando-se mais vulneráveis em alguns aspectos.

Quanto ao tipo de vítima/ocupantes de veículos, as pedestres estiveram em primeira posição tanto nos números de APVP, quanto nas taxas em todo o período. O resultado está em consonância com estudos sobre a temática. Os pedestres são vítimas consideradas de maior vulnerabilidade, representando uma importante causa de morbimortalidade por ATT no Brasil (Camargo, 2016). Alguns comportamentos de risco foram observados entre pedestre vítimas de ATT, dentre eles, o uso de equipamentos eletrônicos, possibilitando distração e cruzamento em locais sem faixa de pedestre (Narváez et al., 2019).

Análises acerca de indicadores de mortalidade também indicam comportamento semelhante desses eventos. No Brasil, e em todas as suas regiões, houve significativa queda nos coeficientes de mortalidade envolvendo pedestres, com elevação do coeficiente em todas as regiões em 2010 e posterior redução em 2011 (Fernandes; Boing, 2019), corroborando com outro estudo que mostrou as diferenças no comportamento das taxas

de ATT nos estados brasileiros, apresentando maior redução na categoria de pedestres na maioria das Unidades da Federação (Ladeira et al., 2017).

Contudo, analisando essa evolução segundo o tipo de veículo, no presente estudo, observou-se uma linha de declínio dos APVP e das taxas com pedestres, concomitante a um crescimento dos automóveis ao longo dos anos. Estudo realizado em 86 serviços de urgência e emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) localizados no Distrito Federal e 24 capitais brasileiras em 2014, analisou a condição ocupada pelas vítimas de ATT. Este mostrou que 52,7% das mulheres envolvidas eram ocupantes de automóveis em acidentes e encontravam-se na condição de passageiras. A outra parte envolvida nos acidentes eram os automóveis (44%) (Mascarenhas et al., 2016) e o excesso de velocidade foi apontado como principal comportamento de risco para ocorrência de colisões (Who, 2015).

Semelhante ao comportamento dos óbitos por ATT na China (Wang et al., 2016), o qual também apresentou redução após 2010, no Brasil, houve mudanças nas evoluções dos valores para quase todos os tipos de vítima/ocupantes de veículos, com declínio dos óbitos em pedestres e aumento do número de óbitos em motociclistas e ocupantes de veículos. O declínio de acidentes em pedestres de uma forma geral tem seguido tendência declinante em todo o mundo (Who, 2015).

Assim como a análise dos indicadores trabalhados no presente estudo, as taxas de mortalidade por ATT para o Brasil, em especial para os acidentes envolvendo pedestres, reduziram 12,8% em 2013 em relação a 2011 (Andrade; Mello-Jorge, 2016). Em âmbito internacional esses coeficientes também têm apresentado redução ao longo dos anos (Eid; Abu-Zidan, 2015).

Negligenciar a necessidade de pedestres nos projetos viários ao tempo que ocorre um crescimento de veículos motorizados a nível mundial, acentua ainda mais a vulnerabilidade destes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou um levantamento sobre os principais fatores de risco para a ocorrência de acidentes com pedestres, dentre estes, estão o excesso de velocidade, o consumo de álcool, a falta de faixas de pedestres para pedestres e dificuldades de visualizar os pedestres (Who, 2013).

Apesar da tendência declinante dos ATT, o comportamento do tipo de vítima/ocupante de veículo é diferente sendo a motocicleta um dos veículos que geralmente cresce. Estudo realizado sobre a Carga Global de Doenças mostrou que houve uma redução nas taxas de APVP decorrentes de ATT no mundo (Ladeira et al., 2017). No

entanto, esse decréscimo ocorreu de forma prioritária em países de alta renda, ao tempo que houve crescimento nas taxas de APVP nos países de renda baixa e média (Haagsma et al., 2013). Em contrapartida, os países de baixa renda apresentam taxas de mortalidade por ATT duas vezes superiores às de países de alta renda (Who, 2015).

Estudo brasileiro realizado com o objetivo de estimar as TAPVP por ATT após três anos do início da Década de Ação pela Segurança no Trânsito (2011 a 2013) mostrou que a taxa de mortalidade geral por ATT apresentou redução de 4,1%, contudo, demonstrou-se crescente entre os motociclistas (Andrade; Mello-Jorge, 2016).

Os motociclistas compõem o maior grupo de vítimas por ATT no Brasil (49,9%) (Ladeira et al., 2017), representando a categoria de maior crescimento dos ATT nos últimos anos e o grupo de maior proporção quando analisado os óbitos (Carvalho, 2016). Em 2013, o Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) realizou estatística que atribui 41% das indenizações pagas por óbito, aos 27% da frota nacional de veículos, compreendida por motocicletas (Brasil, 2013).

A frota de motocicleta apresentou expressivo aumento no Brasil, entre 2004 e 2014 (Corgozinho; Montagner; Rodrigues, 2018), e junto a esse crescimento trouxe consigo transtornos ao tráfego, aumento do número de ATT, e, conseqüentemente, de óbitos, ratificando a relação direta existente entre a frota de veículos e o aumento a mortalidade (Who, 2013) em especial as taxas de mortalidade por motocicletas (Corgozinho; Montagner; Rodrigues, 2018).

Alguns fatores são citados como incentivadores à aquisição e utilização das motocicletas como baixo preço na aquisição, financiamentos de longo prazo associados a baixos valores nas parcelas, agilidade no trânsito e baixo custo na manutenção (Ganne et al., 2013). Em contrapartida, é considerada uma categoria de transporte com pouca segurança (Lucas-Net et al., 2016), levando a uma maior vulnerabilidade a traumas múltiplos e gravidade quando comparada a outros transportes motorizados devido sua pequena estrutura e exposição corporal direta ao impacto (Golias; Caetano, 2013).

Definir a ocorrência dos acidentes de trânsito e o perfil das vítimas fornece subsídio para o planejamento e implementação de estratégias eficientes a prevenção e controle destes agravos pelo governo (Andrade; Mello-Jorge, 2013). As diferenças regionais apresentadas no país refletem, em parte, as medidas de segurança adotadas em favor das diversas categorias de usuários das vias e dos meios mais comuns de transporte utilizado em cada região ou país (Who, 2015). Ademais, medidas que exerçam influência

direta na frota de veículos em circulação poderão também interferir nos índices de morbimortalidade (Corgozinho; Montagner; Rodrigues, 2014).

## **Conclusão**

As mulheres brasileiras apresentaram elevadas perdas dos APVP com diferenças importantes entre as variáveis analisadas no estudo evidenciando os pedestres e a região Centro-Oeste. Apesar dos elevados indicadores, houve redução proporcional mantendo linha de declínio durante o período para pedestres. Ao tempo que as ocupantes de motocicletas apresentaram crescimento importante.

Diante dos múltiplos aspectos envolvidos na distribuição desse agravo no Brasil e as diferenças encontradas nas regiões quanto ao tipo de vítima/ocupantes de veículos há um direcionamento aos formuladores de políticas e autoridades quanto às necessidades de criação e de implementação de estratégias eficientes na prevenção deste agravo.

Quanto às limitações do estudo, considerando que a base de dados para cita-se a utilização de base de dados secundária cujas informações são obtidas a partir do SIM. Este depende do correto preenchimento e da correta alimentação das informações podendo ser esse um fator limitante do estudo.

## **Referências**

Andrade SSCA, Mello-Jorge MHP. Mortality and potential years of life lost by road traffic injuries in Brazil, 2013. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 19]; 50: 59. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000100241&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100241&lng=en). Epub Oct 03, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006465>

Akbari M, Tabrizi R, Heydari ST, Sekhavati E, Moosazadeh M, Lankarani KB, et al. Prediction of trauma-specific death rates of pedestrians of Fars Province, Iran. *Electron Physician* [Internet]. 2015 Sep [cited 2019 Feb 4];7(5):1247-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4590560/>

Bringmann PB, Ferreira EC, Bringmann NV, Pelloso SM, Carvalho MDB. A pattern of adult involvement in highway accidents. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Dec [cited 2019 Dec 19]; 19(12): 4861-4868. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204861&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204861&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.17042013>

Biffe CRF, Harada A, Bacco AB, Coelho CS, Baccarelli JLF, Silva KL et al . Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito em Marília, São Paulo, 2012. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2017 June [cited 2019 Dec 19] ; 26( 2 ): 389-398. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000200389&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200389&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200016>

Brasil. Departamento Nacional de Trânsito. Registro Nacional de Veículos Automotores. Relatório Estatístico. Brasília; 2013.

Corgozinho MM, Montagner MA, Rodrigues MAC. Vulnerabilidade sobre duas rodas: tendência e perfil demográfico da mortalidade decorrente da violência no trânsito motociclístico no Brasil, 2004-2014. Cad. saúde colet. [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Dec 19] ; 26( 1 ): 92-99. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2018000100092&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000100092&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800010163>

Carvalho CHR. Mortes por acidentes de transporte terrestre no Brasil: Análise dos sistemas de informação do Ministério da saúde. Brasília: Ipea, julho 2016. (Texto para Discussão, n. 2212).

Camargo ABM. Idosos e mortalidade: preocupante relação com as causas externas. 1a. análise SEADE. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 2016; 35: 1-20.

Eid HO, Abu-zidan FM. Pedestrian injuriesrelated deaths: a global evaluation. World J Surg [Internet]. 2015 Mar [cited 2019 Feb 4];39(3):776- 81. Available from: <https://link.springer.com>

Fernandes CM, Boing AC. Mortalidade de pedestres em acidentes de trânsito no Brasil: análise de tendência temporal, 1996-2015. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 19] ; 28( 1 ): e2018079. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222019000100314&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100314&lng=en). Epub Apr 08, 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000100021>

Ganne N, Martinez AT, Rodrigues C, Delgado MHC, Souza FA. Estudo sobre acidentes de trânsito envolvendo motocicletas, ocorridos no Município de Corumbá, Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, no ano 2010. Rev Pan-Amaz Saude [Internet]. 2013 Mar [citado 2019 Dez 19] ; 4( 1 ): 15-22. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232013000100003&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232013000100003&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232013000100003>

Golias ARC, Caetano R. Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 May [cited 2019 Dec 19] ; 18( 5 ): 1235-1246. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000500008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500008>

Haagsma JA, Graetz N, Bolliger I, Naghavi M, Higashi H, Mullany EC, et al. A carga global de lesão: incidência, mortalidade, anos de vida ajustados por incapacidade e tendências de tempo do estudo Global Burden of Disease 2013. *Inj Prev*. 2016 fev; 22 (1): 3-18. doi: 10.1136 / injuryprev-2015-041616.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estimativa dos Custos dos Acidentes de Trânsito no Brasil com Base na Atualização Simplificada das Pesquisas Anteriores do Ipea. Relatório de Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, p. 20, 2015. Available from: [http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/160516\\_r elatorio\\_estimativas.pdf](http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/160516_r elatorio_estimativas.pdf)

Kerr-pontes LS, Rouquayrol MZ. Medida da saúde coletiva. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 2003.

Ladeira RM, Malta DC, Moraes Neto OL, Montenegro MMS, Soares Filho AM, Vasconcelos CH et al. Acidentes de transporte terrestre: estudo Carga Global de Doenças, Brasil e unidades federadas, 1990 e 2015. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2017 May [cited 2019 Dec 18]; 20( Supl 1 ): 157-170. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050013>

Lucas-Neto A, Barbosa KGN, Bernardino IM, Lucas RSCC, D'ávila S. Ground transportation accidents involving two categories of motorcyclists who transport passengers. *RGO, Rev. Gaúch. Odontol.* [Internet]. 2016 Set [citado 2019 Dez 19]; 64( 3 ): 299-306. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-86372016000300299&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372016000300299&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720160003000093078>

Marinho F, Passos VMA, França EB. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 Dec [cited 2019 Dec 19]; 25( 4 ): 713-724. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400005>

Malta DC, França E, Abreu DX, Oliveira H, Monteiro RA, Sardinha LMV, et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis (5 a 74 anos de idade) por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2011 Set [citado 2019 Dez 19]; 20( 3 ): 409-412. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742011000300016&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000300016&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000300016>

Mascarenhas MDM, Souto RMCV, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Montenegro MMS. Características de motociclistas envolvidos em acidentes de transporte atendidos em serviços públicos de urgência e emergência. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Dec [cited 2019 Dec 19]; 21( 12 ): 3661-3671. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001203661&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203661&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.24332016>

Moura EC, Gomes R, Falcão MTC, Schwarz E, Neves ACM, Santos W. Gender inequalities in external cause mortality in Brazil, 2010. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Mar [cited 2019 Dec 19]; 20( 3 ): 779-788. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000300779&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300779&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.11172014>

Narváez YV, Sierra VP, Cárdenas FP, Ramos LR, González BZ, Martínez JIV, et al. Road risk behaviors: Pedestrian experiences. *Traffic Injury Prevention*.

Romedor JM, Mcwhinnie JR. Potential years of life lost between ages 1 and 70: An indicator of premature mortality for health planning. In: Buck C (Org.). *The challenge of epidemiology: issues and selected readings* Washington: Pan American Health Organization/World Health Organization. 1988 (505): p.243-251. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/717>

Reichenhein ME; Werneck GL. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. *As mortes violentas em questão. Cad. Saúde Pública* [Internet]. 1994 [cited 2019 Dec 19]; 10( Suppl 1 ): S188-S198. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000500014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500014&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500014>

Waiselfisz JJ. *Mapa Da Violência 2013: Acidentes de Trânsito e Motocicletas*. Centro Brasileiro de Estudos. Rio de Janeiro: CEBELA, 2013. Available from: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013\\_transito.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_transito.pdf).

World Health Organization. *Global status report on road safety 2015*. Geneva: World Health Organization; 2015.

World Health Organization. *Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action*. Geneva: World Health Organization; 2013.

Wang L, Ning P, Yin P, Cheng P, Schwebel DC, Liu J, et al. Road traffic mortality in China: analysis of national surveillance data from 2006 to 2016. *Lancet Public Health*. 2019; 4 : e245-e255.

World Health Organization. *Pedestrian safety: a road safety manual for decision-makers and practitioners*. Geneva: World Health Organization; 2013.



**Capítulo 7**  
**PROGNÓSTICO E GRAVIDADE DE PACIENTES CRÍTICOS**  
**VÍTIMAS DE ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS**

*Sara Larissa de Melo Araújo*

*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*

*Rosana Alves de Melo*

*Gleyce Sousa Soares*

*Luanna Pacheco de Souza*



# PROGNÓSTICO E GRAVIDADE DE PACIENTES CRÍTICOS VÍTIMAS DE ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS

*Sara Larissa de Melo Araújo*

*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*

*Rosana Alves de Melo*

*Gleyce Sousa Soares*

*Luanna Pacheco de Souza*

## RESUMO

Objetivo: avaliar o prognóstico e gravidade de pacientes críticos vítimas de acidentes automobilísticos. Métodos: trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado na sala vermelha de um hospital de referência, entre março a junho de 2019. A amostra do estudo foi não probabilística. O instrumento de coleta de dados baseou-se em dados sociodemográficos e clínicos e a aplicação de quatro escalas relacionadas a gravidade e prognóstico do trauma. A análise dos dados foi através de estatística descritiva e inferencial, utilizando o software STATA 14.0 sendo os resultados apresentados em tabelas. Resultados: Dos 100 pacientes avaliados, a média de idade foi de 35,5, sendo a maioria do sexo masculino e o período noturno e a zona urbana as mais prevalentes. Para o modelo de regressão logística viu-se que quanto menor a Escala de Coma de Glasgow, maior a chance de desenvolvimento de lesões leves, assim como quanto maior a pressão arterial diastólica, maior as chances de lesões graves. Conclusão: espera-se contribuir com a prestação dos cuidados realizados por profissionais das unidades de urgência e emergência, assim como conduzir para um diagnóstico rápido e seguro, a fim de aprimorar a qualidade dos serviços de saúde e melhor prognóstico dos pacientes.

## **Introdução**

A grande disponibilidade de bens e serviços, atrelados ao crescimento das indústrias automobilísticas, são alguns dos fatores que tem facilitado o acesso a compra de automóveis pela população. Porém, mesmo com os benefícios gerados através da aquisição desses transportes, a condução de forma negligente é um dos fatores que têm contribuído para o aumento dos acidentes automobilísticos (DANTAS, 2018).

Em 2019, a World Health Organization (WHO) afirmou que, aproximadamente 1,35 milhões de pessoas no mundo morrem de acidentes automobilísticos por ano, devido à gravidade das lesões geradas pela cinética do trauma. O público alvo consiste nas crianças e jovens entre 5 a 29 anos de idade, ocorrendo em maior proporção no sexo masculino representado por 73% dos acidentes.

As lesões decorrentes do trauma provocado por acidentes automobilísticos, necessitam de uma maior atenção por sua gravidade e extensão. A literatura aponta que os fatores que contribuem com a sua severidade, estão relacionados aos tipos de traumas, que podem ser contusos e/ou penetrantes (PHTLS, 2018).

Dessa maneira, com objetivo de categorizar a gravidade do trauma e consequentemente a sobrevida das vítimas, são utilizadas uma variedade de escalas, as quais fornecem informações através da pontuação de segmentos anatômicos corporais e alterações fisiológicas dos sinais vitais e sistema neurológico, que permitem ao profissional tomar uma conduta rápida e direcionada (ALVAREZ et al., 2016; ALI ALI et al., 2017).

Dentre as escalas, a *Abbreviated Injury Scale (AIS)* é considerada padrão ouro para classificação do trauma, sendo um instrumento que objetiva através da classificação das lesões traumáticas dos segmentos, mensurar a gravidade das lesões de forma isolada. Ainda, outra escala é a *Injury Severity Score (ISS)* que analisa o valor global da gravidade das lesões do politraumatizado a partir da *AIS* (BAKER, 1974; GENNARI e KOIZUMI, 1994).

A respeito da *Revised Trauma Score (RTS)* desenvolvida em 1989 por Champion e colaboradores, é aplicada logo na admissão hospitalar. Seu objetivo é classificar a probabilidade de sobrevida do politraumatizado, através de três parâmetros fisiológicos.

Com a proposta de avaliação da gravidade do quadro clínico apresentado pelo paciente, a *Trauma and Injury Severity Score (TRISS)* é uma escala mista, a qual se utiliza de parâmetros fisiológicos e anatômicos para então mensurar a probabilidade de

Diante do que foi exposto, compreende-se que devido à criticidade dos pacientes atendidos nas salas de urgência e emergência vítimas de acidente automobilístico, se torna um desafio a prestação da assistência de qualidade, além da redução da morbimortalidade. Dessa forma, se faz relevante o uso de instrumentos como as escalas discutidas, as quais podem de forma rápida auxiliar na obtenção de dados precisos referentes ao prognóstico e gravidade desses pacientes. Assim, o objetivo do estudo foi avaliar o prognóstico e gravidade de pacientes críticos vítimas de acidentes automobilísticos.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo transversal, analítico de abordagem quantitativa, realizado na sala vermelha de um hospital de referência para as urgências e emergências da região, localizado no município de Petrolina, Pernambuco, Brasil.

Foram incluídos neste estudo os pacientes que deram entrada na sala vermelha do hospital em questão, que estiveram em observação ou internados, no período de março e junho de 2019, vítimas de acidente automobilístico, incluindo todos os transportes terrestres e atropelamentos, os maiores de 18 anos, de ambos os sexos, e que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE. A constituição da amostra foi não probabilística perfazendo um total de 100 indivíduos. Foram excluídos do estudo, aqueles que apresentaram algum impedimento cognitivo ou de saúde que impossibilitou sua participação, além daqueles em que as faltas de informações essenciais inviabilizaram a continuidade do estudo.

Os dados foram coletados por meio da equipe de pesquisa do projeto, previamente treinada, sendo realizada no leito do paciente, após explanação a respeito da pesquisa ao participante, quando possível, ou familiar responsável, sendo procedida à assinatura do TCLE.

Foram utilizados cinco instrumentos de coleta de dados. Um construído pelos próprios pesquisadores incluindo variáveis sociodemográficas; características clínicas do atendimento pré-hospitalar; características clínicas ao chegar ao hospital e intervenções realizadas se clínica ou cirúrgica. Além de quatro escalas para avaliação da gravidade e sobrevida dos pacientes vítimas de acidentes automobilísticos.

Para a gravidade do trauma, foram empregadas duas escalas, a *AIS* sendo utilizada a escala adaptada pelo Toronto General Hospital, com objetivo de facilitar a classificação das lesões e por ser a única disponível gratuitamente (AAAM, 1998).

A escala utiliza a classificação das lesões traumáticas da cabeça e pescoço, face, tórax, abdome/conteúdo pélvico, extremidades e externo (escoriações, lacerações ou queimaduras generalizadas) a qual mensura-se a gravidade das lesões de forma isolada, por meio de uma pontuação de 1 a 5 (leve, moderada, grave, severo e crítico) aumentando a pontuação, de acordo com a gravidade da lesão.

Referente a *ISS* também aplica o uso dos segmentos anatômicos, porém, somando-se os quadrados das três lesões com escores mais altos, sendo seus índices de 1-75, o que equivale de 0-5 na *AIS*. O grau de gravidade varia entre 1-15 leve, 16-24 moderada e maior ou igual a 25, grave (AAAM, 1998).

Referente ao prognóstico das vítimas, aplicou-se duas escalas, a *RTS* que é composta por três parâmetros fisiológicos, sendo: *Escala de Coma de Glasgow (ECG)* Pressão arterial sistólica (PAS) e Frequência Respiratória (FR). Esta se baseia em um escore de 0 a 4, onde quanto maior o score, melhor o prognóstico.

Ainda, após a classificação das variáveis, cada valor, será multiplicado ao seu coeficiente correspondente, onde:  $ECG=0.9368$ ;  $PAS= 0,7326$  e  $FR=0.2908$  e então será obtida a soma dos três parâmetros através da fórmula:  $RTS= 0.9368 \times ECG + 0,7326 \times PAS + 0.2908 \times FR$ , após finalização, o resultado será consultado na tabela de sobrevivência que varia de 0-8, onde 5-8 fica entre (80,7-98,8%), 2-4 (17,2-36,1%) e 0-1 (7,1-2,7%) (CHAPINON et al., 1989).

Com relação a *RISS* envolve os parâmetros fisiológicos e anatômicos, através dos resultados do  $ISS + RTS$  + a idade (menores ou igual a 54 pontua 0 e maiores pontua 1) + tipo de trauma (B0-B3), se fechado (índice varia de -0,4499-1,743) ou penetrante (índice varia de -2,5355-1,136), para então mensurar a probabilidade de sobrevivência (PS) do traumatizado. Assim, foi estimado o valor através da fórmula  $Ps=1/1 + e^{-b}$ , sendo  $e=(2.718282)$  a base do algoritmo),  $b=(b_0 + b_1 \times RTS) + (b_2 \times ISS) + (b_3 \times idade)$  (CHAMPION, 1989).

As escalas foram calculadas de forma gratuita pelo site: <https://www.rccc.eu/Pronostico/TRISS.html>. Foram incluídas também, informações complementares dos prontuários dos participantes do estudo, nos casos em que faltaram

O armazenamento dos dados primários se deu através de planilhas do *software* Microsoft Excel 2013 juntamente a construção de tabelas. Esses foram analisados com recurso de estatística descritiva e inferencial, utilizando o *software* STATA 14.0 onde foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão como média, desvio padrão e de distribuição de frequência em seus números absolutos e relativos. O prognóstico do paciente foi avaliado por meio das escalas *TRISS* e *RTS* sendo seus valores expressos em termos proporcionais.

A associação da gravidade do paciente foi testada por meio da regressão logística ordinal considerando a variável dependente a qual estabelecia os níveis de leve, moderado e grave construída a partir da escala *ISS*. Foi adotada análise multivariada utilizando-se o método *Stepwise* para inclusão das variáveis no modelo cujo ponto de corte foi o valor de  $p < 0,20$ . Para verificar as probabilidades associadas a gravidade, utilizou-se o sinal do coeficiente, assim como os efeitos marginais expressos em termos proporcionais.

Foram calculados os intervalos de confiança de 95%, adotando-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente a estudos com seres humanos (BRASIL, 2012). Sendo assegurada a privacidade e confidencialidade dos dados obtidos, garantindo aos pacientes que as informações prestadas somente foram utilizadas para fins da pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e aprovado pelo CEP sob o parecer de nº 3.126.437 e CAAE 03971618.0.0000.5196, após a liberação da anuência da instituição envolvida no estudo. Os dados serão armazenados por um período de cinco anos, sendo descartados após esse tempo.

## **Resultados**

A amostra foi composta por 100 pacientes envolvidos em acidentes automobilísticos e atendidos na sala vermelha, com média 35,5 anos (DP=1,41) sendo a maioria do sexo masculino (80,0%). Quanto às características de ocorrência dos acidentes, observou-se o período noturno com maior prevalência (37,9%), ocorridos principalmente na zona urbana (74,0%).

O principal tipo de socorro prestado foi pelo Serviço Móvel de Atendimento a Urgência-Samu (71,4%). O tipo de veículo mais utilizado pela vítima no momento do

acidente foi a motocicleta (79,0%). Já a outra parte envolvida no acidente foram outras situações como queda, colisão com objeto fixo ou outros veículos (80,0%). Quanto a ingestão de bebida alcoólica a maioria não fez uso (50,4%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas e de ocorrência do acidente dos pacientes atendidos na sala vermelha de um Hospital de Referência. Petrolina, PE, Brasil, 2019.

|                             |    |      |       |       | Média | DP   | IC 95%*  |      |
|-----------------------------|----|------|-------|-------|-------|------|----------|------|
| Idade                       |    |      |       |       | 35,5  | 1,41 | 32,7     | 38,3 |
|                             |    |      |       |       | n     | %    | IC 95%** |      |
| Sexo                        |    |      |       |       |       |      |          |      |
| Feminino                    | 20 | 20.0 | 13.2% | 29.2% | 40    | 20,0 | 13,2     | 29,2 |
| Masculino                   |    |      |       |       | 80    | 80,0 | 70,8     | 86,8 |
| Turno da ocorrência         |    |      |       |       |       |      |          |      |
| Diurno (06:00-12:00)        |    |      |       |       | 24    | 25,3 | 17,4     | 35,1 |
| Vespertino (13:00-18:00)    |    |      |       |       | 16    | 16,8 | 10,5     | 25,9 |
| Noturno (19:00-12:00)       |    |      |       |       | 36    | 37,9 | 28,6     | 48,2 |
| Madrugada (01:00-05:00)     |    |      |       |       | 19    | 20,0 | 13,0     | 29,4 |
| Local de Ocorrência         |    |      |       |       |       |      |          |      |
| Urbano                      |    |      |       |       | 71    | 74,0 | 64,1     | 81,9 |
| Rural                       |    |      |       |       | 25    | 26,0 | 18,1     | 35,9 |
| Tipo de socorro prestado    |    |      |       |       |       |      |          |      |
| Samu                        |    |      |       |       | 70    | 71,4 | 61,5     | 79,6 |
| Bombeiros                   |    |      |       |       | 6     | 6,1  | 2,7      | 13,1 |
| Viatura da polícia          |    |      |       |       | 1     | 1,0  | 0,1      | 7,1  |
| Outros                      |    |      |       |       | 21    | 21,5 | 11,8     | 37,4 |
| Tipo de veículo da vítima   |    |      |       |       |       |      |          |      |
| Carro                       |    |      |       |       | 12    | 12,0 | 6,9      | 20,1 |
| Moto                        |    |      |       |       | 79    | 79,0 | 69,7     | 86,0 |
| Caminhão                    |    |      |       |       | 2     | 2,0  | 0,5      | 7,8  |
| Outros***                   |    |      |       |       | 7     | 7,0  | 3,3      | 14,1 |
| A outra parte envolvida     |    |      |       |       |       |      |          |      |
| Carro                       |    |      |       |       | 8     | 8,0  | 4,0      | 15,4 |
| Moto                        |    |      |       |       | 11    | 11,0 | 6,1      | 18,9 |
| Caminhão                    |    |      |       |       | 1     | 1,0  | 0,1      | 7,0  |
| Outros***                   |    |      |       |       | 80    | 80,0 | 70,8     | 86,8 |
| Ingesta de bebida alcoólica |    |      |       |       |       |      |          |      |
| Sim                         |    |      |       |       | 42    | 42,0 | 36,0     | 56,6 |
| Não                         |    |      |       |       | 44    | 44,0 | 38,1     | 58,7 |
| Não informado               |    |      |       |       | 14    | 14,0 |          |      |

DP - Desvio padrão

\*IC95% - Intervalo de confiança de 95% para média; \*\* IC95% - Intervalo de confiança de 95% para Proporção; \*\*\*Outros- atropelamento, queda do veículo, colisão em superfícies fixas e outros veículos.

Analisando as características clínicas dos pacientes, um maior percentual não necessitou de reanimação cardíaca (97,0%). Houve predominância de perda de consciência no local (62,0%) e a maioria chegou ao hospital com colar cervical (57,9%). Quanto ao uso de via aérea avançada o maior número não utilizou (68,0%) e ao acesso venoso periférico a maioria dos pacientes utilizaram (81,0%).

Referente a infusão de líquidos, a maior parte dos pacientes receberam (78%). Já sobre a administração de medicamentos orais ou injetáveis o maior percentual não recebeu (63,5%).

Quando relacionado aos sinais vitais, houve uma média de 123,8 (DP=26,3) para pressão sistólica, 75,5 (DP=16,5) para diastólica, 91,6 (DP=20,2) para frequência cardíaca 91,6 (DP=20,2), para frequência respiratória 19,2 (DP=5,4) e para temperatura 36,4 (DP=0.93) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Características clínicas e inserção de dispositivos dos pacientes atendidos na sala vermelha de um Hospital de Referência. Petrolina, PE, Brasil, 2019.

|                                    | n     | %    | IC 95% |       |
|------------------------------------|-------|------|--------|-------|
| Necessidade de reanimação cardíaca |       |      |        |       |
| Sim                                | 3     | 3,0  | 1,0    | 9,1   |
| Não                                | 96    | 97,0 | 90,9   | 99,0  |
| Perda de consciência no local      |       |      |        |       |
| Sim                                | 62    | 62,0 | 52,0   | 71,1  |
| Não                                | 38    | 38,0 | 28,9   | 48,0  |
| Chegada com colar cervical         |       |      |        |       |
| Sim                                | 55    | 57,9 | 47,6   | 67,6  |
| Não                                | 40    | 42,1 | 32,4   | 52,4  |
| Via aérea avançada                 |       |      |        |       |
| Sim                                | 32    | 32,0 | 23,5   | 41,9  |
| Não                                | 68    | 68,0 | 58,1   | 76,5  |
| Acesso venoso periférico           |       |      |        |       |
| Sim                                | 81    | 81,0 | 71,9   | 87,6  |
| Não                                | 19    | 19,0 | 12,4   | 28,1  |
| Infusão de líquidos                |       |      |        |       |
| Sim                                | 78    | 78,0 | 68,7   | 85,2  |
| Não                                | 22    | 22,0 | 14,8   | 31,3  |
| Medicamento oral ou injetável      |       |      |        |       |
| Sim                                | 35    | 36,5 | 27,3   | 46,7  |
| Não                                | 61    | 63,5 | 53,3   | 72,7  |
| Valores dos Sinais vitais          |       |      |        |       |
|                                    | Média | DP   | IC 95% |       |
| Pressão sistólica                  | 123,8 | 26,3 | 118,6  | 129,1 |

|                         |      |      |       |      |
|-------------------------|------|------|-------|------|
| Pressão diastólica      | 75,7 | 16,5 | 72,29 | 78,8 |
| Frequência cardíaca     | 91,6 | 20,2 | 87,6  | 95,7 |
| Frequência respiratória | 19,2 | 5,4  | 18,1  | 20,3 |
| Temperatura             | 36,4 | 0.93 | 36,2  | 36,6 |
| DP – Desvio Padrão      |      |      |       |      |

A tabela 3 apresenta a classificação das escalas de trauma utilizadas, onde observou-se que as classificações da *ECG* foram leves (44,0%). Sobre a presença de lesões corporais foi notório que todos os pacientes apresentam (100,0%) e que o tipo de trauma encontrado foi contuso (100,0%). Referente a gravidade das lesões expressas pela *AIS* as lesões de cabeça e pescoço a maioria foram graves (27,0%), das lesões de face a maioria foi leve (90,3). As lesões de tórax tiveram maior percentual para graves (60,0%), assim como as de abdome (56,3%).

Referente as lesões de extremidades, grande parte foi leve (45,7%) da mesma forma que as externas (escoriações, lacerações e queimaduras) (98,8%). O resultado da *ISS* para gravidade do trauma em sua grande maioria foi leve (60,0%). A respeito da *TRISS*, está, apresentou uma média de 91,0 (*DP*= 1,52).

A *RTS*, apresentou uma média de 90,1 (*DP*= 1,40). Ainda sobre esta escala, a classificação na *ECG* apresentou um maior percentual para o escore leve de 13-15 (41,0%). Relacionado a pressão arterial sistólica, a maioria foi classificadas acima de 89 (96,0%), assim como a frequência respiratória que foi de 10-29 irpm (94,0%).

**Tabela 3** – Escalas aplicadas para classificação da gravidade e sobrevida dos pacientes vítimas de acidentes automobilísticos de um Hospital de Referência. Petrolina, PE, Brasil, 2019.

|                                  | n   | %     | IC 95% |      |
|----------------------------------|-----|-------|--------|------|
| <b>*ECG</b>                      |     |       |        |      |
| Leve                             | 44  | 44.0  | 34.5   | 54.0 |
| Moderado                         | 20  | 20.0  | 13.2   | 29.2 |
| Grave                            | 36  | 36.0  | 27.1   | 46.0 |
| <b>Lesões corporais</b>          |     |       |        |      |
| Sim                              | 100 | 100.0 |        |      |
| <b>Tipo de trauma</b>            |     |       |        |      |
| Contuso                          | 100 | 100.0 |        |      |
| <b>**AIS</b>                     |     |       |        |      |
| <b>Lesão de cabeça e pescoço</b> |     |       |        |      |
| Leve                             | 13  | 17.6  | 10.4   | 28.2 |

|                            |    |       |      |           |
|----------------------------|----|-------|------|-----------|
| Moderado                   | 14 | 18.9  | 11.4 | 29.7      |
| Grave                      | 20 | 27.0  | 18.0 | 38.5      |
| Severo                     | 15 | 20.3  | 12.5 | 31.2      |
| Crítico                    | 12 | 16.2  | 9.3  | 26.7      |
| Lesão de face              |    |       |      |           |
| Leve                       | 65 | 90.3  | 80.7 | 95.4      |
| Moderado                   | 6  | 8.3   | 3.7  | 17.6      |
| Grave                      | 1  | 1.4   | 0.2  | 9.6       |
| Lesão de tórax             |    |       |      |           |
| Leve                       | 9  | 30.0  | 15.8 | 49.5      |
| Moderado                   | 1  | 3.3   | 0.4  | 22.2      |
| Grave                      | 18 | 60.0  | 40.9 | 76.5      |
| Severo                     | 2  | 6.7   | 1.5  | 24.7      |
| Lesão abdominal            |    |       |      |           |
| Leve                       | 6  | 37.5  | 16.1 | 65.2      |
| Moderado                   | 1  | 6.2   | 0.7  | 39.3      |
| Grave                      | 9  | 56.3  | 29.8 | 79.6      |
| Lesão de extremidades      |    |       |      |           |
| Leve                       | 16 | 45.7  | 29.5 | 62.9      |
| Moderado                   | 8  | 22.9  | 11.4 | 40.5      |
| Grave                      | 10 | 28.6  | 15.6 | 46.4      |
| Crítico                    | 1  | 2.8   | 0.4  | 19.2      |
| ***Lesões externas         |    |       |      |           |
| Leve                       | 85 | 98.8  | 91.9 | 99.8      |
| Moderada                   | 1  | 1.2   | 0.2  | 8.1       |
| ****ISS                    |    |       |      |           |
| Leve 1-15                  | 60 | 60.0  | 50.0 | 69.3      |
| Moderado 16-24             | 24 | 24.0  | 16.5 | 33.5      |
| Grave ≥25                  | 16 | 16.0  | 10.0 | 24.7      |
|                            |    | Média | DP   | IC 95%    |
| *****TRISS (%)             |    | 91,0  | 1.52 | 88.0 94.0 |
| *****RTS (%)               |    | 90.1  | 1.40 | 87.3 92.8 |
|                            |    | n     | %    | IC 95%    |
| *ECG                       |    |       |      |           |
| 13-15                      | 41 | 41.0  | 31.7 | 51.0      |
| 9-12                       | 21 | 21.0  | 14.0 | 30.3      |
| 6-8                        | 20 | 20.0  | 13.2 | 29.2      |
| 4-5                        | 4  | 4.0   | 1.5  | 10.3      |
| 3                          | 14 | 14.0  | 8.4  | 22.4      |
| Pressão arterial sistólica |    |       |      |           |
| >89                        | 96 | 96.0  | 89.7 | 98.5      |
| 76-89                      | 1  | 1.0   | 0.1  | 7.0       |
| 50-75                      | 3  | 3.0   | 1.0  | 9.1       |
| Frequência respiratória    |    |       |      |           |
| 10-29                      | 94 | 94.0  | 87.1 | 97.3      |

|     |   |     |     |      |
|-----|---|-----|-----|------|
| >29 | 4 | 4.0 | 1.5 | 10.3 |
| 6-9 | 2 | 2.0 | 0.5 | 7.8  |

\*ECG-Escala de Coma de Glasgow; \*\*AIS-Abbreviated Severity Score; \*\*\*Externas-Escoriações, lacerações e queimaduras; \*\*\*\*ISS-Injury Severity Score; \*\*\*\*\*Trauma and Injury Severity Score-TRISS;\*\*\*\*\*Revised Trauma Score- RTS.

A tabela 4 mostra a análise dos fatores associados à gravidade dos pacientes expressos pela ISS. Observou-se que a ECG ( $p<0,000$ ) e pressão arterial diastólica (PAD) ( $p<0,024$ ) foram os fatores que se apresentaram associados na análise multivariada. Os resultados indicaram que o aumento do nível da PAD, aumenta a chance do desenvolvimento de lesões graves ( $ISS\geq 25$ ) nesses pacientes (0,06), ao passo que um escore na ECG entre 3 e 8, apresentou menores chances do desenvolvimento de lesões graves em relação a maiores escores da ECG (-2,43).

**Tabela 4** – Modelo de regressão logística ordinal multivariada para a gravidade dos pacientes por meio da ISS de um Hospital de Referência. Petrolina, PE, Brasil, 2019.

|                           | Coefficiente | p - valor | IC 95% |       |
|---------------------------|--------------|-----------|--------|-------|
| Sexo                      |              |           |        |       |
| Feminino                  | 1,17         | 0,147     | -0,41  | 2,75  |
| Masculino                 | 1,00         |           |        |       |
| Pressão arterial          |              |           |        |       |
| Sistólica                 | -0,02        | 0,172     | -0,05  | 0,01  |
| Diastólica                | 0,06         | 0,024     | 0,01   | 0,11  |
| Escala de Coma de Glasgow |              |           |        |       |
| 3-8                       | -2,43        | 0,000     | -3,53  | -1,33 |
| 9-12                      | 1,00         |           |        |       |
| Seccão 1                  |              |           |        |       |
|                           | -1,06        |           | -3,75  | 1,63  |
| Seccão2                   |              |           |        |       |
|                           | 0,64         |           | -2,03  | 3,31  |

Após análise dos efeitos marginais para cada nível de gravidade expresso pela ISS identificou-se que a PAD e a ECG mantiveram associação com as lesões leves, moderadas e graves. Entretanto, a relação entre elas diverge.

A elevação da PAD, aumentou a chance do desenvolvimento de lesões graves em (0,01), ao passo que valores menores da ECG, entre 3-8, diminuíram a chance dessas lesões (-0,53), do mesmo modo que as lesões leves permaneceram com a mesma relação. A ECG entre 3-8 aumentou a possibilidade do aparecimento dessas lesões (0,27), assim como a pressão arterial diastólica (0,00) mesmo com percentual muito baixo.

Sobre as lesões moderadas, a *ECG* grave estando entre 3-8, aumentou a chance da presença dessas lesões (0,26) ao passo que o aumento da pressão arterial diastólica, diminuem essas chances (-0,01).

**Tabela 5** – Efeitos marginais para variável *ISS* relacionada as variáveis sexo, pressão arterial sistólica e diastólica e escala de coma de Glasgow de um Hospital de Referência. Petrolina, PE, Brasil, 2019.

|                           | Efeito<br>Marginal | p - valor | IC 95% |       |
|---------------------------|--------------------|-----------|--------|-------|
| Lesões graves             |                    |           |        |       |
| Sexo (feminino)           | 0,23               | 0,075     | -0,02  | 0,49  |
| Pressão sistólica         | 0,00               | 0,169     | -0,01  | 0,00  |
| Pressão diastólica        | 0,01               | 0,021     | 0,00   | 0,03  |
| Escala de Coma de Glasgow | -0,53              | 0,000     | -0,73  | -0.03 |
| Lesões moderadas          |                    |           |        |       |
| Sexo (feminino)           | -0,16              | 0,109     | -0,35  | 0,04  |
| Pressão sistólica         | 0,00               | 0,195     | 0,00   | 0,01  |
| Pressão diastólica        | -0,01              | 0,047     | -0,02  | 0,00  |
| Escala de Coma de Glasgow | 0,26               | 0,001     | 0,11   | 0,42  |
| Lesões leves              |                    |           |        |       |
| Sexo (feminino)           | -0,07              | 0,075     | -0,16  | 0,01  |
| Pressão sistólica         | 0,00               | 0,183     | 0,00   | 0,00  |
| Pressão diastólica        | 0,00               | 0,036     | -0,01  | 0,00  |
| Escala de Coma de Glasgow | 0,27               | 0,001     | 0,11   | 0,43  |

## Discussão

O estudo identificou que o perfil da maioria dos pacientes atendidos eram homens e pessoas adultas. Em um estudo realizado em São Paulo sobre os pacientes vítimas de acidentes de trânsito, foi notório que o sexo masculino e os jovens/adultos jovens com idade entre 20-40 anos estiveram em maior envolvimento, podendo estar relacionado com o excesso de velocidade, maior consumo de álcool, assim como, menor atenção as normas de trânsito (BIFFE, 2017).

A respeito do turno de ocorrência, o período noturno foi o mais prevalente, assim como o tipo de socorro prestado que foi o SAMU. Ainda, o veículo mais utilizado pelas vítimas foi a motocicleta. Scarmagnan, 2018, mostrou em sua pesquisa que o período

noturno e a motocicleta foram as variáveis mais envolvidas o que está em consonância com o estudo presente.

Os acidentes por motocicletas são os mais frequentes, por ser o meio mais acessível devido seu baixo custo e mínima proteção, contribuindo com a ocorrência de lesões de alto impacto (ANDRADE, 2016). Ainda sobre o SAMU, esse atendimento prioriza um suporte imediato e especializado, a fim de evitar perdas ou reduzir consequências aos pacientes expostos (DIAS et al., 2017).

Referente ao veículo da outra parte envolvida, a categoria outros como atropelamento, queda do veículo, colisão em superfícies fixas e outros veículos, foi a mais presente. Já a ingestão de bebida alcoólica, pouco mais da metade não fizeram o uso. Porém, um percentual significativo realizou ingestão, o que contribui para diminuição do estado de alerta e ocorrência dos acidentes (MALTA et al., 2015).

Quanto a necessidade de manobras de reanimação cardíaca (RCP), essa não foi necessária na maioria dos casos. Supõe-se que esse fato possa estar relacionado à normalidade dos sinais vitais, ECG leve e menor gravidade das lesões. A realização da RCP só é executada na parada cardíaca súbita da atividade mecânica e ventilatória confirmada, devendo-se evitar danos iatrogênicos ao paciente (POSER, 2017).

A perda de consciência no local do acidente, esteve presente em maior percentual, o que pode estar associado a cinemática do trauma, pois eventos como hipóxia, hemorragia, herniação, hidrocefalia estão diretamente associados (VALESCO, 2019).

A respeito do uso do colar cervical, pouco menos da metade não utilizaram. O *Prehospital Trauma Life Support-PHTLS 2018* recomenda a utilização do mnemônico XABCDE aos cuidados iniciais ao politraumatizado, onde inclui-se a restrição de movimento da coluna cervical. Entretanto, seu uso é questionável, pois seu manuseio pode gerar lesões, compressão de veias jugulares, além da dificuldade de manejo das vias aéreas (DAMIANI, 2017).

A utilização de via aérea avançada esteve presente em menor quantidade. Pode-se haver uma relação com o escore da ECG e das lesões de face e externas, as quais foram as mais prevalentes e leves. O uso dessa via só é necessário em caso de não perviedade da mesma pelo paciente ou não sucesso de uso de outros dispositivos (MACEDO et al., 2016).

Relativo ao acesso venoso periférico e infusão de líquidos foi visto que a maioria fez uso e quanto aos sinais vitais, estavam dentro dos parâmetros de normalidade (POTTER, 2018). Condições essas, que contribuem com a hidratação e compensação de

perdas volêmicas do paciente (PHTLS, 2018). Já as medicações foram administradas para aqueles pacientes que necessitavam no momento do atendimento (PRAXEDES, 2015).

Quanto à classificação das lesões corporais, em sua totalidade foram contusas, porém, houve lesões penetrantes discretas, que pelas suas características não foram consideradas para o cálculo preditor do prognóstico. Para detalhamento das lesões apresentadas, baseou-se na *AIS*, sendo as regiões mais afetadas a face e externas (escoriações, lacerações e queimaduras) em proporção leve, o que contribuiu para *ISS* leve.

Um estudo retrospectivo o qual analisou os protocolos de trauma no Pronto-socorro em São Paulo utilizou-se de várias escalas preditoras da gravidade e prognóstico do trauma e dentre essas à *ISS*. Foram observados que tanto para o grupo dos motociclistas como outros traumas, houve prevalência de trauma leve, o que corrobora com o estudo em questão (PARREIRA, 2012).

Sobre as escalas utilizadas como prognósticos, a *TRISS* e a *RTS* apresentaram bons resultados para a maioria das vítimas. Embora a sala vermelha demande uma alta complexidade, a disponibilidade de dispositivos e o cuidado especializado são fatores que possam ter influenciado no bom prognóstico apresentado. Ao analisar pacientes em centros de trauma notou-se que a sensibilidade e especificidade do *TRISS* foram elevadas demonstrando que o instrumento tem uma boa efetividade (DOMINGUES, 2018).

Referente à significância encontrada entre as variáveis *PAD* e a *ECG* associadas a *ISS* foi visto que o aumento do nível da *PAD*, eleva a chance do desenvolvimento de lesões graves. Compreende-se que a *PAS* está mais relacionada com o desenvolvimento de eventos cardiovasculares, ao passo que a *PAD*, assim como nas emergências hipertensivas, está mais ligada aos acidentes vasculares encefálicos (GIANINNI, 2014; SOUSA, 2004). Dessa forma, hemorragia a nível cerebral ou isquemia devido ao aumento da *PAD* podem contribuir com aparecimento dessas lesões graves.

Com relação da *ECG* grave com maiores chances do aparecimento de lesões leves pode estar relacionada a limitações apresentadas na *ISS*. Se é discutido o fato da escala pontuar apenas uma lesão por área do corpo ou não discernir qual região anatômica é a mais grave. Por exemplo, os traumas cerebrais críticos com escore 5 são mais graves que em qualquer outra parte do corpo, porém a escala não o difere de outra região corporal contribuindo com a subestimação dos valores encontrados (PAFFRATH, 2014; JAVALI, 2019).

Ainda, fatores como alcoolismo, assim como a necessidade de intubação, por demandar o uso de sedativos, podem ter interferido no valor *ECG* desses pacientes, mesmo com o surgimento de lesões leves. Raux e colaboradores (2006) afirmam que a realização da intubação no ambiente pré-hospitalar, dificulta o escore da *ECG* e frequência respiratória para o cálculo da *RTS*.

Para os efeitos marginais utilizados, esses mostraram como na tabela anterior, que as lesões graves, aumentaram com a PAD, da mesma forma que o escore da *ECG* grave, diminuem as chances dessas lesões. Nesse sentido, o mesmo ocorre com as lesões leves, onde a *ECG* grave contribui com o aparecimento dessas lesões, assim como a PAD. Supõem-se que os fatores contribuintes foram os mesmos mencionados anteriormente.

Por fim, para as lesões moderadas, observou-se que a *ECG* grave, aumentou a chance da presença dessas lesões, o que poderia ser fundamentado pela gravidade do trauma, como se é esperado, assim como o aumento da PAD que diminuem as chances dessas lesões, podendo levar em consideração a perfusão dos órgão e tecidos já que a PAD é responsável perfusão coronariana, a qual necessita ser realizada para que os outros órgãos sejam oxigenados (ESTRADA, 2017).

## **Conclusão**

Diante do que foi exposto, compreende-se que houve uma alta prevalência dos acidentes automobilísticos por motociclistas e jovens/adultos jovens, o que está em consonância com os estudos realizados na área. Porém, observa-se algumas lacunas como o não uso do colar cervical, assim como o consumo do álcool, fatores esses que merecem intervenções devido às consequências geradas por esses.

Quanto a gravidade e prognóstico do trauma encontrado através das escalas *RTS* e *TRISS*, compreende-se que essas são uma boa metodologia para prática clínica, porém, houve algumas fragilidades nos resultados encontrados, pois por falta de informações mais precisas e pela própria estrutura da *ISS* supõem-se ter ocorrido a subestimação de alguns valores o que interferiu em resultados positivos para sobrevida dos pacientes.

Dessa forma, sugere-se uma revisão das escalas com objetivo de aprimorar esse instrumento, ao que se refere a algumas variáveis, tendo em vista sua utilização em larga escala objetivando auxiliar, facilitar e agilizar a prestação de serviço nos centros de urgência e emergência garantindo resultados seguros para prática em saúde.

## **Referências**

- Ali Ali, B., Moral, M. F., Otano, T. B., Díez, D. R., 2017. Escalas para predicción de resultados tras traumatismo grave, *An. Sist. Sanit. Navar.* 40, 1–14.
- Alvarez, B.D., Razente, D.M., Lacerda, D.A.M., et al., 2016. Avaliação do Escore de Trauma Revisado (RTS) em 200 vítimas de trauma com mecanismos diferentes, *Rev. Col. Bras. Cir.* 43, 334–340.
- Andrade, S. S. C. A e Mello, M. H. P., 2016. Estimativa de sequelas físicas em vítimas de acidentes de transporte terrestre internadas em hospitais do Sistema Único de Saúde. *Rev bras epidemiol.* 19, 100–111.
- Association for Advancement of Automotive Medicine (AAAM). The abbreviated injury scale. Des Plaines: Association for Advancement of Automotive Medicine, 1998.
- Baker, S. P., O'Neill, B., Haddon, & Long, W., 1974. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma.* 14, 187–196.
- Barea-Mendoza, J.A., Chico-Fernández, M., Sánchez-Casado. M., 2018. Predicting Survival in Geriatric Trauma Patients: A Comparison Between the TRISS Methodology and the Geriatric Trauma Outcome Score, *Cir Esp.* 357–362.
- Biffe, C.R.F., Harada, A., Bacco, A.B., et al., 2017. Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito em Marília, São Paulo, 2012, *Epidemiol. e Serv. Saude Rev. Do Sist. Unico Saude Do Bras.* 26, 389–398.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de Dezembro de 2012. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html) [Acessado: 20.12.2019].
- Champion, F.R.C.S., Howard, R., William, J., et al., 1989. A Revision of the Trauma Score, *J Trauma.* 623–629.
- Damiani, D, 2017., Uso rotineiro do colar cervical no politraumatizado. revisão crítica, *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.* 15, 131–136.
- Dantas, R.A.N., Henriques, L.M.N., Dantas, D.V., et al., 2018. Vítimas de acidentes de trânsito atendidas por serviço pré-hospitalar móvel de urgência, *Rev. Enferm. Do Centro-Oeste Min.* 8, 2549.
- Dias, L., Vasconcelos, A., Bezerra, W., et al., 2017. Caracterização dos acidentes de trânsito atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *SANARE.* 1, 6–16.
- Domingues, C.A., Coimbra, R., Poggetti, R.S., et al., 2018. Trauma and Injury Severity Score (TRISS) adjustments for survival prediction, *World J. Emerg. Surg.* 13, 1–6.

Estrada, A.P.D. R., Lopes, O., Junior, H. V., 2017. Tortuosidade Coronariana e seu Papel na Isquemia Miocárdica em Pacientes sem Obstruções Coronarianas, *Int. j. Cardiovasc. Sci.(Impr.)*. 30, 163-l: 170.

Gennari ,T.D., Koizumi ,M.S., 1995. Determinação do nível de gravidade do trauma, *Rev. Saude Publica*. 29, 333–341.

Giannini, M.C., Yugar-toledo, J.C., Vilela-martin, J.F., 2014. Emergência hipertensiva e acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico : conceitos atuais de tratamento. 21, 177–182.

Javali, R. H., Krishnamoorthy, Patil, A., et al., 2019. Comparison of Injury Severity Score, New Injury Severity Score, Revised Trauma Score and Trauma and Injury Severity Score for Mortality Prediction in Elderly Trauma Patients. *Indian J Crit Care Med*. 23, 73–77.

Macêdo, M.B., Guimarães, R.B., Ribeiro, S.M., K.M.M., et al., 2016. Cricotireoidostomia de emergência: Medida temporizadora ou via aérea definitiva? Uma revisão sistemática, *Rev. Col. Bras. Cir*. 43, 493–499.

Malta, D.C., Bernal, R.T.I., Mascarenhas, M.D.M., et al., 2015. Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos nas capitais Brasileiras e no Distrito Federal, segundo dois inquéritos nacionais de saúde, *Rev. Bras. Epidemiol*. 18, 214–223.

Paiva, L., Monteiro, D.A.T., Pompeo, D.A., Ciol, M.A., et al., 2015. Readmissões por acidentes de trânsito em um hospital geral, *Rev. Lat. Am. Enfermagem*. 23, 693–699.

Paffrath, T., Lefering, R., Flohé, S., 2014. How to define severely injured patients? - An Injury Severity Score (ISS) based approach alone is not sufficient, *Injury*. 45, S64–S69.

Parreira, J.G., Gregorut, F., Perlingeiro, J.A.G., et al., 2012. Análise comparativa entre as lesões encontradas em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito e vítimas de outros mecanismos de trauma fechado, *Rev. Assoc. Med. Bras*. 58, 76–81.

Potter, P. A., Perry, A. G., Elkin, M. K., 2018. Procedimentos e intervenções de enfermagem. ed Elsevier, Rio de Janeiro.

Posser, A., Boes, A. A., Lazzari, D.D., et al., 2017. Reanimação Cardiopulmonar: Características dos Atendimentos Realizados por um Serviço Pré-Hospitalar Móvel, *Rev. Enferm. UFPE Line*. 11, 4019–4026.

Praxedes, M. F. S., Filho, P. C. P. T., Miasso, A. I., 2015. Administração de Medicamentos : Identificação e Análise das Necessidades Educacionais de Enfermeiros, *Rev Enferm UFPE*. 9, 76–83.

Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado, 2018. ed Elsevier, Rio de Janeiro.

Raux M, Thicoïpé M, Wiel E, Rancurel E, Savary., et al., 2006. Comparison of respiratory rate and peripheral oxygen saturation to assess severity in trauma patients. *Intensive Care Med.* 32, 405–12.

Scarmagnan, G. S., Borghi, V.S., Falcão, K. F., et al., 2018. Perfil das vítimas de acidentes de trânsito encaminhados a uma unidade de pronto atendimento, *Arq. Ciências Da Saúde.* 25, 46-50.

Sousa, J.M.A., Hermann, J.L.V., Guimarães, J.B., et al., 2004. Avaliação das pressões sistólica, diastólica e pressão de pulso como fator de risco para doença aterosclerótica coronariana grave em mulheres com angina instável ou infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST, *Arq. Bras. Cardiol.* 82, 426–433.

Velasco, I. T., Brandão, N. R. A., Souza, H. P., et al., 2019. *Medicina de emergência: abordagem prática.* ed. Manole, São Paulo.

World Health Organization, 2019. Acidentes de Trânsito. [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5147:acidentes-de-transito-folha-informativa&Itemid=779](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5147:acidentes-de-transito-folha-informativa&Itemid=779) (Acessado: 12. 01.2019)



**Capítulo 8**  
**ESCORE NEWS 2 NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES**  
**NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL**  
**UNIVERSITÁRIO**

*Tathianne Rayssa Lima Veloso*  
*Simone Coelho Amestoy*  
*Camila Bitterncourt Jacondino*  
*Luanna Costa Pacheco de Souza*



## ESCORE NEWS 2 NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

*Tathianne Rayssa Lima Veloso*

*Simone Coelho Amestoy*

*Camila Bitterncourt Jacondino*

*Luanna Costa Pacheco de Souza*

### RESUMO

**Objetivos:** Avaliar a relação entre o escore de NEWS 2 com a resposta clínica, idade, comorbidades e o tempo de internação de pacientes no serviço de emergência de um hospital universitário. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, cuja a amostra foi composta por 115 pacientes atendidos na sala de emergência do HU-UNIVASF. A coleta se deu por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico e clínico e do *National Early Warning Score 2* (NEWS 2) adaptado para o português – Brasil. Os dados foram armazenados e analisados no programa estatístico *SPSS Statistic 2.3*. **Resultados:** Foi observado que a amostra foi predominantemente composta pelo sexo masculino (60,9%), casados (36,5%), pardos (90,4%), residentes de Petrolina (60,9%) com idade média de 54,4 anos. 78,3% dos pacientes receberam alta hospitalar, 46% foram transferidos para outros setores do próprio hospital, 32,2% tiveram algum tipo de intercorrência, 19,1% evoluíram para óbito e 5,2% foram regulados para outros serviços. No que diz respeito as pontuações alcançadas durante o uso do escore, 84,3% dos participantes não pontuaram, 83,5% obtiveram pontuação de 1 a 4 pontos, 32,2% pontuaram de 5 a 6 pontos e 22,6% apresentaram 7 ou mais pontos do escore. **Considerações finais:** O uso do escore se mostrou eficaz no que diz respeito a preditibilidade da deterioração clínica do paciente, além de facilitar o processo regulatório intra-hospitalar e extra-hospitalar.

## **Introdução**

O desenvolvimento econômico do Brasil em meados da década de 80, proporcionou o início do processo de transição demográfica com o aumento da expectativa de vida da população, saindo de uma expectativa de 62 anos em 1980 para 77 anos em 2022. Tal aumento de longevidade é acompanhado por mudanças nos padrões e riscos de mortalidade por causas específicas nas populações humanas (Cortez et al., 2019; Abdala, 2014; Martins et al., 2021).

Os padrões de morbimortalidade que anteriormente eram marcados pelos altos índices de Doenças Infecto Parasitárias (DIPS), começam a declinar gradativamente na década de 70, o que é justificado pela introdução do calendário vacinal e surgimento dos antimicrobianos, seguido ao longo dos anos por melhorias nas questões de saneamento básico, pelo êxodo urbano, e consequentemente pela maior abrangência do calendário vacinal (Cortez et al., 2019; Silva et al., 2015).

Em contrapartida ao declínio das DIPS, surge um padrão de maior prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), fundamentado pelo envelhecimento populacional e pelo êxito de algumas políticas de prevenção e controle das Doenças Transmissíveis, Maternas, Perinatais e Agravos Nutricionais (DT) (Barbosa, 2021).

Cerca de 53,6% dos óbitos no Brasil em 2020 tiveram como causa as DCNT, e em Pernambuco esse dado chega a 56% dos casos (Datasus, 2020). Segundo a Fiocruz, as DCNT que mais matam são as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), Neoplasias (Neo) e Doenças do Aparelho Respiratório (DAR) (Barbosa, 2021).

Entretanto, diferentemente dos outros países, o Brasil possui na configuração do seu mosaico epidemiológico a persistência importante das mortes por causas externas. Por exemplo, a taxa de mortalidade por homicídios em 2019 foi de 54,8%, um valor muito superior quando comparado a Argentina com sua taxa de 10,8% (Barbosa, 2021).

Só no ano de 2016, os óbitos por causas externas correspondem a aproximadamente meio milhão de mortes (484.917), sendo 30% causadas por acidentes de trânsito em ambos os sexos. Houve também, uma predominância nas quatro primeiras décadas de vida de óbitos por Acidentes de Transportes Terrestres (ATT) e agressões (Datasus, 2020).

O indicativo da progressão acelerada das mortes por causas externas e doenças cardiovasculares, além da atual transição epidemiológica resultante da recente pandemia,

acarretam ao sistema de saúde brasileiro uma crescente demanda por serviços de urgência e emergência, ocasionando uma superlotação constante que pode estar atrelada uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) fragmentada (Brasil, 2021).

O Hospital Universitário do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF), é um serviço de referência para atendimento em ortopedia, traumatologia, neurocirurgia, cirurgia geral e cirurgia bucomaxilofacial. E acaba sendo a referência na escolha regulatória para receber pacientes vítimas de traumas e agressões vindas da região interestadual do médio do Vale do São Francisco (Ebserh, 2020).

A rede de saúde ofertada pelo município de Petrolina é também responsável pela oferta de atendimento a 55 municípios localizados nos estados de Pernambuco e da Bahia que estão situados na região interestadual do médio do Vale do São Francisco, que juntos somam aproximadamente 2.082.092 milhões de habitantes. Essa rede de saúde é conhecida como Rede Interestadual de Saúde Pernambuco-Bahia (REDE PEBA) (Ebserh, 2020).

De janeiro a outubro de 2020, na emergência do HU-UNIVASF foram realizados 45.467 atendimentos. Ainda em outubro de 2020, a taxa de ocupação do hospital chegou a 119,50%, apresentando uma queda entre os meses de abril e agosto de 2020 tendo uma média 92% de ocupação, o que pode ser justificado pelo período de quarenta em frente a pandemia do Covid-19 (Ebserh, 2020).

Os serviços de urgência e emergência são conhecidos pela população como as principais portas de entradas ao acesso assistencial tanto na rede pública quanto na rede privada. Muitos desses serviços são configurados como serviços porta-aberta, o que facilita a criação dos cenários de superlotação nesses hospitais, interferindo diretamente na qualidade assistencial prestada, devido a alto número de pacientes a serem atendidos (Sacoman et al., 2019).

No momento de necessidade, dor e sofrimento as pessoas buscam ser atendidas por onde é viável, sem se preocupar com a complexidade do serviço, fato esse que é responsável pelo aumento significativo da carga de trabalho comprometendo também a qualidade do atendimento prestado, afetado principalmente a equipe que lida com o acolhimento com classificação de risco (Rodrigues et al., 2015).

Partindo do pressuposto que nos mais diversos cenários da saúde, especialmente na emergência, os pacientes tendem a apresentar situações clínicas complexas, considerando também, o ascendente número de comorbidades, há um aumento na

probabilidade da ocorrência de deterioração clínica no período de internação. Nas emergências, 80% dos pacientes têm sinais de deterioração clínica que poderiam ter sido detectados nas primeiras 24 horas (Souza et al., 2020).

O processo de deterioração clínica é evolutivo, previsível e sintomático com o agravamento da condição fisiológica. O paciente é colocado em uma situação de maior criticidade, podendo existir risco iminente de morte (Rocha; Neves; Viegas, 2016). Em face do exposto e possuindo o conhecimento do alto fluxo de internações e atendimentos prestados pela unidade de emergência do HU-UNIVASF, essa pesquisa busca, por meio da implantação do *National Early Warning Score 2* (NEWS 2) -versão brasileira avaliar a relação entre o escore de NEWS 2 com a resposta clínica.

A NEWS 2 é um escore de origem britânica, desenvolvida pelo *Royal College of Physicians* (RCP) em 2012 validado em enfermarias hospitalares para detectar pacientes que possuam risco aumentado de admissão na UTI de forma não planejada, risco de Parada Cardiorrespiratória (PCR) e óbito hospitalar em 24h (Lavoie; Pepin; Aldeson, 2016).

Recebeu atualização em 2017, mudando sua nomenclatura para NEWS 2, tal atualização teve como objetivo padronizar a avaliação realizada no Reino Unido, podendo ser utilizado na admissão, durante a internação e também no período de atendimento pré-hospitalar. Seu uso não é recomendado em menores de 16 anos e gestantes. A adaptação transcultural para o português do Brasil ocorreu em 2020 por meio da metodologia de Beaton et al, sendo realizado de forma criteriosa (Bilben; Grandal; Sovik, 2016).

Trata-se de um sistema de pontuação ponderada que pode ser utilizada em adultos e maiores de 16 anos. A pontuação é construída com base no sistema que segue os seguintes parâmetros: frequência respiratória, saturação de oxigênio, temperatura, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca e estado de alerta (Oliveira; Urbanetto; Caregnato, 2020).

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a relação entre o escore de NEWS 2 com a resposta clínica, idade, comorbidades e o tempo de internação de pacientes no serviço de emergência de um hospital universitário.

## **Métodos**

Trata-se de observacional com delineamento transversal. Foi desenvolvido no Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros - HU-UNIVASF, localizado no bairro Centro na cidade de Petrolina, uma unidade referência para o atendimento em urgência e emergências. O HU-UNIVASF conta com 130 leitos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A emergência funciona 24 horas como porta aberta, continuamente superlotada, com uma taxa média de ocupação correspondente a 109%.

A amostra foi composta por 115 pacientes atendidos na sala de emergência do HU-UNIVASF que apresentaram acometimento neurológico, cardiovascular, musculoesquelético, respiratório, renal, distúrbios metabólicos e digestivos. Participaram da pesquisa pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, com tempo de internamento maior ou igual a 48 horas. Foram excluídos da pesquisa, pacientes cujo tempo de permanência foi igual ou inferior a 24h, assim como pacientes em cuidados paliativos ou com perfil de leitos crônicos.

A coleta de dados foi realizada mediante a revisão dos prontuários eletrônicos dos pacientes internados na sala de emergência do HU-UNIVASF. A pesquisa contou com dois instrumentos, sendo o primeiro um questionário sociodemográfico e clínico.

O segundo instrumento utilizado será a *National Early Warning Score 2* (NEWS 2) adaptado para o português Brasil. A escala necessita de parâmetros fisiológicos como frequência respiratória, saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>), frequência cardíaca, temperatura, nível de consciência e pressão sistólica arterial.

O escore NEWS 2 tem uma pontuação de 0 a >7 pontos, onde 0 apresenta um menor risco de deterioração clínica; 1-4: necessita de um aumento na frequência de monitorização; 5 ou mais/ 3 em algum parâmetro: deve-se aumentar a frequência de monitorização para no mínimo uma hora e comunicação urgente a equipe médica; 7 ou mais: monitorização contínua, considerar vaga em UTI.

Os dados foram armazenados no programa *Microsoft Excel* e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* versão 23 (SPSS), utilizando dos métodos de média e frequência, para a análise das variáveis categóricas foi utilizado o teste de qui-quadrado. Foi utilizado o modelo de regressão logística de Poisson para análise ajustada, nas variáveis que apresentaram o p com valor menor ou igual a 0,20. O valor de significância adotado foi o de p menor ou igual a 0,05

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o número de protocolo 5.468.556, CAAE

57888822.0.0000.5146. Levou em consideração os aspectos éticos e implicações legais presentes nas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Cabe a pesquisadora garantir o sigilo em todas as etapas da pesquisa, assim como a garantia da integridade dos prontuários fornecidos.

## **Resultado**

Durante o estudo foram coletados dados dos prontuários de 115 pacientes. A amostra foi constituída predominantemente por indivíduos do sexo masculino (60,9%), raça parda (90,4%), casados (36,5%), 60,9% eram procedentes da cidade de Petrolina, enquanto 18,3% eram procedentes de Juazeiro e 20,9% de outros municípios que compõe a rede PEBA. A média de idade foi de 54,47 anos, com predominância na faixa etária de 18 a 39 anos. Quanto a escolaridade houve a predominância da ausência dessa informação, seguida por 12,2% dos participantes com ensino fundamental incompleto.

As causas do atendimento foram divididas conforme a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), dessa forma, a maior prevalência de eventos que levaram a busca pela assistência na SE foram as doenças cardíacas (58,2%), doenças cerebrovasculares (31,3%), causas externas (30,4%), doenças endócrinas (25,2%), doenças relacionadas ao aparelho geniturinário (7,8%) e doenças vasculares (6,9%). Em relação as infecções, 38,2% dos pacientes apresentaram algum tipo durante o internamento.

No que se refere as especialidades que prestaram atendimento, houve prevalência da clínica médica (61,7%), seguida pela neurocirurgia (16,5%), ortopedia (12,2%), cirurgia vascular (5,2%) e cirurgia geral (4,3%). Quanto ao internamento, a média de tempo foi de 11,47 dias, com predominância do tempo de permanência entre 3 a 4 dias.

Ainda sobre o contexto de internamento, no que diz respeito a transferência interna, 59,1% foram transferidos para Sala de Internação, 16,5% para a Clínica Médica, 6,9% para a Clínica Cirúrgica, 6% para a Clínica Ortopédica e 4,3% foram transferidos para UTI.

Em relação a aplicação do escore News 2, durante a coleta foi identificado que em todos os prontuários faltavam informações quanto a Frequência Respiratória (FR) e Saturação Periférica de Oxigênio (SPO<sub>2</sub>). No que diz respeito as pontuações alcançadas durante o uso do escore, 84,3% dos participantes não pontuaram, 83,5% obtiveram

pontuação de 1 a 4 pontos, 32,2% pontuaram de 5 a 6 pontos e 22,6% apresentaram 7 ou mais pontos do escore.

A regressão logística realizada após o uso do teste de qui-quadrado para comparação das variáveis categóricas com p menor ou igual a 0,05 e p menor que 0,200. Dessa forma, para o emprego da regressão logística de Poisson foram utilizadas as variáveis alta, intercorrência, óbito e transferência em relação a faixa etária, medicamentos em uso, diagnóstico médico e escore de News 2 obtido.

Observa-se na tabela I que pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doenças que atingem o Sistema Nervoso Central (SNC) e Trauma Raquimedular (TRM), assim como as que fizeram uso de alguma Droga Vasoativa (DVA), estiveram associados com o desfecho de alta hospitalar.

Tabela I. Análise de regressão de Poisson com estimador robusto utilizando como co-variáveis: faixa etária, escore News, diagnóstico, sexo, medicamentos utilizados como desfecho para resposta clínica alta.

| <b>Variáveis</b>    | <b>RP</b> | <b>IC-95%</b> |       | <b>P</b>        |
|---------------------|-----------|---------------|-------|-----------------|
| <b>Faixa Etária</b> |           |               |       |                 |
| 18-39 anos          | 0,977     | 0,767         | 0,767 | ,854            |
| 40-49 anos          | 0,994     | 0,796         | 0,796 | ,959            |
| 50-59 anos          | 0,790     | 0,620         | 0,620 | ,058            |
| 60-69 anos          | 0,934     | 0,733         | 0,733 | ,581            |
| 70-79 anos          | 1,007     | 0,812         | 0,812 | ,949            |
| 80-89 anos          | 0,767     | 0,571         | 0,571 | ,076            |
| <b>Escore News</b>  |           |               |       |                 |
| Zero                | 1,008     | 0,894         | 1,136 | 0,902           |
| 1-4                 | 0,905     | 0,789         | 1,039 | 0,157           |
| <b>Diagnóstico</b>  |           |               |       |                 |
| HAS                 | 1,106     | 1,009         | 1,212 | <b>0,031</b>    |
| TCE                 | 1,117     | 0,879         | 1,419 | 0,366           |
| Transtornos Mentais | 1,069     | 0,879         | 1,301 | 0,503           |
| Fraturas            | 0,901     | 0,821         | 0,988 | <b>0,026</b>    |
| SNC                 | 1,032     | 0,931         | 1,143 | 0,549           |
| AVC isquêmico       | ,997      | 0,915         | 1,088 | 0,953           |
| TRM                 | 1,740     | 1,271         | 2,382 | <b>&lt;,001</b> |
| <b>Sexo</b>         |           |               |       |                 |
| Feminino            | 0,992     | 0,906         | 1,087 | 0,868           |
| <b>Medicamentos</b> |           |               |       |                 |
| ACO                 | 1,042     | 0,942         | 1,152 | 0,428           |
| DVA                 | 2,046     | 1,744         | 2,401 | <b>&lt;,001</b> |
| Sedoanalgesia       | 1,086     | 0,987         | 1,195 | 0,092           |
| Psicotrópico        | 1,021     | 0,887         | 1,176 | 0,772           |
| ATB                 | 1,128     | 1,022         | 1,245 | <b>0,017</b>    |
| Anticonvulsivante   | 0,862     | 0,751         | 0,989 | <b>0,034</b>    |

HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica; TCE = Traumatismo Crânioencefálico; SNC: Doenças do Sistema Nervoso Central; TRM = Traumatismo Raquimedular; DVA = Drogas Vasotivas; ATB =Antibiótico; RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de confiança.

Na tabela II é possível observar que o escore maior ou igual a 7, as doenças vasculares, Trauma Cranioencefálico (TCE) e TRM, pacientes em uso de DVA, que não fizeram uso de ATB apresentaram uma maior frequência de intercorrência.

Tabela II. Análise de regressão de Poisson com estimador robusto utilizando como co-variáveis: faixa etária, escore News, diagnóstico, medicamentos utilizados como desfecho para resposta clínica intercorrência.

| Variáveis                 | RP    | IC-95% |       | P               |
|---------------------------|-------|--------|-------|-----------------|
| <b>Faixa Etária</b>       |       |        |       |                 |
| 18-39 anos                | 1,210 | 0,878  | 1,666 | 0,244           |
| 40-49 anos                | 1,200 | 0,877  | 1,641 | 0,254           |
| 50-59 anos                | 1,352 | 0,971  | 1,883 | 0,074           |
| 60-69 anos                | 1,075 | 0,755  | 1,530 | 0,689           |
| 70-79 anos                | 0,937 | 0,666  | 1,319 | 0,711           |
| 80-89 anos                | 1,304 | 0,885  | 1,923 | 0,180           |
| <b>Escore de NEWS 2</b>   |       |        |       |                 |
| Zero                      | 0,971 | 0,826  | 1,141 | 0,971           |
| 1-4                       | 1,059 | 0,901  | 1,245 | 0,486           |
| 5 -3                      | 0,992 | 0,846  | 1,163 | 0,992           |
| 7 ou mais                 | 0,714 | 0,714  | 0,572 | <b>0,003</b>    |
| <b>Diagnóstico Médico</b> |       |        |       |                 |
| HAS                       | 0,900 | 0,793  | 1,022 | 0,900           |
| TCE                       | ,790  | 0,641  | 0,973 | <b>0,027</b>    |
| DAC                       | 0,938 | 0,768  | 1,145 | 0,938           |
| Doenças vasculares        | 0,734 | 0,568  | 0,948 | <b>0,018</b>    |
| Infecções                 | 0,990 | 0,878  | 1,118 | 0,877           |
| TRM                       | 0,487 | 0,366  | 0,647 | <b>&lt;,001</b> |
| Fraturas                  | 1,147 | 0,998  | 1,319 | 0,054           |
| <b>Medicamentos</b>       |       |        |       |                 |
| DVA                       | 0,599 | 0,502  | 0,714 | <b>&lt;,001</b> |
| ATB                       | 0,845 | 0,732  | 0,977 | <b>0,023</b>    |
| Anticonvulsivante         | 0,948 | 0,780  | 1,152 | 0,591           |

HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica; TCE = Traumatismo Crânioencefálico; DAC = Doenças do Aparelho Circulatório; TRM = Traumatismo Raquimedular; ACO = Anticoagulante; RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de confiança.

As variáveis de exposição: faixa etária de 50 a 59 anos, escore NEWS com pontuação de 1 a 4, história de HAS e fraturas, uso de ATB, DVA e ACO estiveram associadas com o desfecho óbito.

Tabela III. Análise de regressão de Poisson com estimador robusto utilizando como co-variáveis: faixa etária, escore News, diagnóstico, sexo, tempo de internação, medicamentos utilizados como desfecho para resposta clínica óbito.

| Variáveis           | RP    | IC-95% |       | P               |
|---------------------|-------|--------|-------|-----------------|
| <b>Faixa etária</b> |       |        |       |                 |
| 18-39 anos          | ,960  | 0,960  | 0,787 | ,690            |
| 40-49 anos          | 1,071 | 1,071  | 0,925 | ,359            |
| 50-59 anos          | 1,487 | 1,487  | 1,184 | <b>&lt;,001</b> |

|                            |       |       |       |                 |
|----------------------------|-------|-------|-------|-----------------|
| 60-69 anos                 | 1,195 | 1,195 | 0,947 | ,134            |
| 70-79 anos                 | ,923  | ,923  | 0,734 | ,496            |
| 80-89 anos                 | 1,301 | 1,301 | 1,006 | ,045            |
| <b>Escore de News</b>      |       |       |       |                 |
| 1-4                        | 1,525 | 1,273 | 1,828 | <b>&lt;,001</b> |
| <b>Diagnóstico</b>         |       |       |       |                 |
| HAS                        | 0,871 | 0,771 | 0,984 | <b>0,026</b>    |
| TCE                        | 0,871 | 0,667 | 1,136 | 0,308           |
| DAC                        | 1,150 | 0,939 | 1,410 | 0,177           |
| AVC isquêmico              | 0,988 | 0,834 | 1,170 | 0,888           |
| Fraturas                   | 1,385 | 1,157 | 1,658 | <b>&lt;,001</b> |
| <b>Sexo</b>                |       |       |       |                 |
| Feminino                   | 1,072 | 0,958 | 1,200 | 0,225           |
| <b>Medicamentos</b>        |       |       |       |                 |
| DVA                        | 0,515 | 0,430 | 0,617 | <b>&lt;,001</b> |
| ACO                        | 0,840 | 0,710 | 0,995 | <b>0,044</b>    |
| ATB                        | 0,721 | 0,616 | 0,844 | <b>&lt;,001</b> |
| Sedoanalgesia              | 0,925 | 0,814 | 1,050 | 0,228           |
| Psicotrópico               | 1,101 | 0,908 | 1,335 | 0,326           |
| Anticonvulsivantes         | 1,060 | 0,837 | 1,342 | 0,630           |
| <b>Tempo de internação</b> | 1,004 | 0,999 | 1,010 | 0,135           |

HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica; TCE = Traumatismo Crânioencefálico; DAC = Doenças do Aparelho Circulatório; TRM = Traumatismo Raquimedular; DVA = Drogas Vasotivas; ATB =Antibiótico; ACO = Anticoagulante; RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de confiança.

Todas as faixas etárias encontradas nessa pesquisa, participantes que apresentaram escore de 1 a 7, com história de AVC isquêmico e doenças vasculares, em uso de ACO e/ou psicotrópicos, estiveram associados com a transferências intra ou extra-hospitalar.

Tabela IV. Análise de regressão de Poisson com estimador robusto utilizando como co-variáveis: faixa etária, escore News, diagnóstico, sexo, medicamentos, utilizadas como desfecho para resposta clínica transferência.

| <b>Variáveis</b>      | <b>RP</b> | <b>IC-95%</b> |       | <b>P</b>        |
|-----------------------|-----------|---------------|-------|-----------------|
| <b>Faixa Etária</b>   |           |               |       |                 |
| 18-39 anos            | 3,828     | 1,766         | 7,975 | <b>&lt;,001</b> |
| 40-49 anos            | 3,396     | 1,762         | 8,296 | <b>&lt;,001</b> |
| 50-59 anos            | 2,266     | 1,139         | 6,546 | <b>,020</b>     |
| 60-69 anos            | 2,546     | 1,162         | 4,507 | <b>,019</b>     |
| 70-79 anos            | 3,297     | 1,508         | 5,575 | <b>,003</b>     |
| 80-89 anos            | 3,381     | 1,583         | 7,207 | <b>,002</b>     |
| <b>Escala de News</b> |           |               |       |                 |
| 1-4                   | 0,480     | 0,378         | 0,610 | <b>&lt;,001</b> |
| 7 ou mais             | 0,776     | 0,614         | 0,981 | <b>0,034</b>    |
| <b>Diagnóstico</b>    |           |               |       |                 |
| TCE                   | 0,871     | 0,641         | 1,184 | 0,378           |
| Fraturas              | 0,933     | 0,685         | 1,271 | 0,662           |
| AVC isquêmico         | 2,387     | 1,619         | 3,519 | <b>&lt;,001</b> |
| SNC                   | 0,492     | 0,405         | 0,598 | <b>&lt;,001</b> |
| Doenças vasculares    | 0,511     | 0,387         | 0,676 | <b>&lt;,001</b> |

|                     |       |       |       |                 |
|---------------------|-------|-------|-------|-----------------|
| Infecções           | 1,108 | 0,901 | 1,364 | 0,330           |
| <b>Sexo</b>         |       |       |       |                 |
| Feminino            | 0,827 | 0,665 | 1,030 | 0,090           |
| <b>Medicamentos</b> |       |       |       |                 |
| ACO                 | 0,739 | 0,616 | 0,888 | <b>&lt;,001</b> |
| Psicotrópico        | 0,692 | 0,592 | 0,808 | <b>&lt;,001</b> |
| Anti-hipertensivos  | 1,227 | 0,960 | 1,569 | 0,102           |

TCE = Traumatismo Crânioencefálico; SNC: Doenças do Sistema Nervoso Central; ACO = Anticoagulante; RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de confiança.

Mediante ao exposto nesses resultados, foi possível observar todos os fatores que foram considerados predisponentes para os desfechos de alta, intercorrência, óbito e transferência.

## Discussão

Nesse estudo identificou-se que há a prevalência do sexo masculino acerca do número de internamentos (60,9%) e de óbitos (63,3%) ocorridos na sala de emergência do HU-UNIVASF, tal achado pode ser justificado pela má adesão do sexo masculino as práticas de prevenção da saúde e também pela busca da resolução dos seus problemas de saúde em unidades emergências (Ponte et al., 2019).

Ao compararmos os índices de doenças cardíacas (58,2%), doenças cerebrovasculares (31,3%) e causas externas (30,4%) que foram as principais causas de internamento com a faixa etária predominante nesse estudo, de 18 a 39 anos, podemos fazer uma analogia as mudanças no estilo de vida e os demais impactos sofridos no sistema de saúde no período pandêmico.

O aumento do comportamento sedentário ou a ausência de atividades físicas, a alimentação inadequada, o aumento do consumo de álcool e a constante ascensão do consumo de tabaco e nicotina, somados as falhas na promoção da saúde, que nesse período tinham um foco exclusivo na Covid-19, compactuaram para que no futuro pós-pandemia, o panorama epidemiológico sofresse alterações. Frente ao exposto, evidencia-se uma população jovem que foi progressivamente acometida por DCNT e que se tornou, cada vez mais, imprudente no que tange as causas externas (Patrão et al., 2020).

Outro achado que deve ser pontuado é o número de pacientes que apresentaram algum tipo de infecção ao longo do internamento (38%), que embora não seja uma porcentagem majoritária, quando comparada ao tempo de internamento prevalente, com

duração média de 3 a 4 dias, torna-se um dado atrativo. Tal achado pode ser fundamentado pelo ambiente de superlotação que colabora para a sobrecarga profissional, refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada, o que pode resultar na quebra de protocolos de segurança do paciente e contribuem para o surgimento de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS) (Júnior et al., 2020).

A ausência dos valores de SpO<sub>2</sub> e FR nos prontuários participantes desse estudo, também foi um problema evidenciado no estudo de Jacintho, Aparecida e Saccomann (2020), descrito como uma fragilidade da equipe, destacando que além da ausência de alguns sinais vitais, há uma espécie de bloqueio quanto a frequência do registro das informações. Ainda, Silva (2021) enfatiza que se faz necessário a compreensão da importância do registro completo dos parâmetros dos pacientes, e que tal ato é uma atribuição legal (Silva et al., 2021). Cabe mencionar que em ambos os estudos há a concordância que capacitações recorrentes são capazes de quebrar o ciclo de falhas nesses registros.

O intervalo de pontuação do escore de NEWS 2 nessa pesquisa foi de 0 a 14 pontos, sendo evidenciado que quanto maior a pontuação obtida no escore, maior seria a chance de intercorrência ou óbito, assim como foi encontrado no estudo de An et.al. (2021) no qual também é ressaltado que aplicação do escore deve ocorrer logo após a entrada do paciente na unidade, o que facilita o poder preditivo do mesmo.

Com relação aos desfechos clínicos, começando pela alta hospitalar, os indivíduos que tiveram alta apresentaram uma maior frequência de uma pontuação menor ou igual a 4. Monzon & Boniatti (2020) esclarecem que pacientes com escore <5 possuem menor risco de instabilidade, e que na maioria dos casos, esses pacientes recebem alta hospitalar sem ao menos chegarem a ser transferidos para enfermaria.

Em contrapartida ao escore de maior frequência com desfecho de alta hospitalar, também foi observado alguns casos com escore maior ou igual a 7 pontos que convergiram para o mesmo desfecho que os menores. An et.al. (2021) sinalizam que em alguns casos a pontuação elevada do escore pode ser justificada por comorbidades que possuem uma tendência de alterar alguns sinais fisiológicos.

Destaca-se que pacientes portadores de HAS que apresentaram algum tipo de fratura ou trauma raquimedular como causa de internamento, assim como os que fizeram uso de DVA, ATB e anticonvulsivantes estiveram relacionados ao desfecho clínico de alta hospitalar.

No estudo de Lapidus et.al. (2021), a maioria dos pacientes com crise hipertensiva em situação de internamento, apresentam diagnóstico prévio da patologia e compõem um grupo que pratica a má adesão medicamentosa e não farmacológica, contribuindo para o descontrole pressórico e maior risco futuros eventos cardiovasculares e cerebrovasculares.

Ao associar a significância da HAS e do uso de DVA ao desfecho clínico de alta hospitalar, pode-se evidenciar a importância da visualização do risco de deterioração clínica, manejando uma possível urgência ou emergência hipertensiva em tempo hábil. Deste modo, pode-se evitar o agravamento da condição clínica do paciente, diminuindo a possibilidade do prolongamento do seu internamento e facilitando os caminhos para reabilitação ambulatorial (Mello et al., 2018).

A respeito da variável fraturas, Gomes et.al. (2021) destacam que o principal motivo dos traumas ortopédicos são as causas externas, predominantemente, abrangendo jovens adultos do sexo masculino assim como nesse estudo. Santos et al., (2016) abordam ainda, que traumas ortopédicos que necessitam de abordagem cirúrgica, possuem uma tendência de elevar o tempo de internamento, visto que necessitam de dois ou mais tempos cirúrgico para reparar a fratura. Tanto Gomes et. al. (2021) quanto Santos et.al. (2016) em suas pesquisas evidenciam que há um elevado número de alta hospitalar em casos de trauma ortopédico, principalmente pelo manejo com caráter emergencial.

O Trauma Raquimedular (TRM) também é delineado pelo mesmo perfil epidemiológico, jovens adultos do sexo masculino vítimas de alguma das causas externas. Finger et.al. (2021) esclarecem que a zona afetada e a conduta terapêutica são de extrema relevância para o desfecho do caso. O estudo aborda ainda que 40% dos casos são elegíveis para abordagem cirúrgica e que apenas 2% dos casos resultam em óbitos.

Em relação ao uso de antibióticos (ATB), Cabral et.al. (2018) destacam a importância da avaliação das características individuais dos pacientes em conjunto com a escolha do melhor antimicrobiano para o patógeno. Os achados alertam para a necessidade da adoção de estratégias de racionalização de antimicrobianos, como o descalonamento do ATB de amplo espectro prescrito empiricamente assim que o agente causador for identificado.

Dregmans et.al. (2022) enfatizam o quão fundamental é a identificação correta do patógeno e qual tipo de infecção irá ser tratada, levando em consideração que o diagnóstico equivocado prolonga o tempo de internamento e aumenta as chances de

intercorrência. Além disso, o estudo de Trentin (2019) corrobora com Cabral et al (2018), no que tange a importância do descalonamento do ATB, relatando que por meio dele é possível conduzir o tratamento hospitalar para o caminho do tratamento ambulatorial, facilitando a alta hospitalar.

O uso de anticonvulsivante no cenário de uma sala de emergência pode estar tanto atrelado ao Trauma Cranioencefálico (TCE) e epilepsia, quanto a outras doenças cerebrovasculares. Ferraz et.al. (2015) menciona em seu estudo que os casos de TCE grave ou moderado apresentam um maior índice Crises Convulsivas Pós-Traumática (CCPT), recomendando dessa forma uso profilático da terapia anticonvulsivante para evitar complicações no prognóstico.

No que diz respeito as crises epiléticas ou outras doenças cerebrovasculares, Sutter et.al. (2019) afirmam que muitas vezes é necessário a combinação de anticonvulsivantes de primeira (fenitoína) e segunda (lamotrigina) linha em pacientes com persistência de crises convulsivas, para que haja o controle das mesmas. Os autores ressaltam ainda que o uso de benzodiazepínicos em situação de emergência possui o risco de depressão respiratória e cardiovascular, além de reforçar que combinação correta da terapia anticonvulsivante facilita o processo de alta hospitalar.

Em relação ao desfecho clínico de intercorrência, a análise mostrou que pacientes com maior tempo de internamento possuem mais chances de intercorrer. Pode-se observar que pacientes com escore igual ou superior a 7, esse achado também foi evidenciado no estudo de An et.al. (2021), em que há a discussão de que quanto maior o escore, maior o risco fisiológico do paciente, ao passo que escores maior que 5 já fazem com que o paciente esteja mais suscetível a mudança do quadro clínico.

Com relação ao TCE, 63,6% dos participantes do estudo de Pádua et al (2017) apresentaram intercorrências ao longo do internamento. Sua amostra foi composta majoritariamente por jovens adultos do sexo masculino, sendo o reflexo das condições de exposição ao risco por conta da imaturidade e sensação de imprudência que rodeia o sexo masculino. Gerhardt et al (2012) relaciona o risco de intercorrência em casos de TCE a gravidade do quadro e as condutas adotadas para a estabilização hemodinâmica e ao suporte ventilatório adequado.

Os pacientes portadores de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) mostraram uma maior tendência em intercorrer ao longo do internamento. Wang et.al. (2022), justificam tal achado pela suscetibilidade que os pacientes apresentam em

desenvolver eventos tromboembólicos e de apresentar processos infecciosos que podem facilmente desencadear um choque séptico, levando em consideração que a DAOP provoca um dano endotelial e uma disfunção e inflamação dos vasos sanguíneos a longo prazo. Dessa forma, a falha no uso da terapia antimicrobiana eleva a chance de intercorrência e de choque séptico do paciente vascular.

Com relação ao uso de DVA associado ao desfecho de intercorrência, Melo et.al. (2016) em seu estudo relacionam este achado ao conhecimento da equipe acerca das DVA e seus mecanismos de ação, havendo a necessidade de um maior direcionamento sobre as ações das drogas. Além disso, há uma falha no que diz respeito a monitorização dos pacientes em uso de DVA, o que aumenta a vulnerabilidade do mesmo a situação de intercorrência.

Sobre a relação intercorrência e TRM, que nesse estudo todos apresentaram esse desfecho, Damiani (2016) apresenta em sua investigação uma analogia sobre o TRM e o risco de choque neurogênico, podendo causar hipovolemia, alterações cardíacas, eventos tromboembólicos e eventos distributivos, enfatizando que a imobilização adequada da coluna vertebral é essencial para evitar tais eventos.

Quanto ao desfecho óbito, identificou-se que a variável fratura, esteve inversamente relacionada ao desfecho óbito, corroborando com os estudos de Gomes et.al. (2021) e Santos et.al. (2016), que associam o trauma ortopédico ao menor índice de óbitos, exceto quando está associado a comorbidades e em determinada faixa etária, como é o caso de parte da população atendida no HU-UNIVASF.

Acerca da faixa etária de 50-59 anos associada ao desfecho óbito, estudo de Muzy, Castanheira e Romero (2021) apresentou como resultado que a população na faixa etária de 30 a 59 anos corresponderam a 56% dos óbitos por DCNT no Brasil, e que houve uma ascensão desses óbitos quando comparados a queda dos óbitos da população com faixa etária entre 60-69 anos.

Ainda seguindo a linha das DCNT, outra variável relacionada ao óbito foi a HAS Martinez et al (2022) descrevem que o diagnóstico e o controle da HAS são essenciais para evitar o desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares (DCV) e que esse problema de saúde pública percorre décadas sem controle efetivo. Yamamoto et.al. (2022), afirmam que são os determinantes sociais em saúde influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Ribeiro, Grigório e Pinto (2021), observaram em seu estudo que a maior causa de óbitos no hospital foi a HAS. Além disso, as complicações hipertensivas associadas a outras causas de internamento, aumentam o risco de mortalidade.

Referente a pontuação de 1 a 4 do escore de NEWS 2 está relacionada ao desfecho óbito, Nissen et.al. (2021) correlacionaram o uso do escore de NEWS 2 a idade dos pacientes, mostrando que dependendo da idade apresentada pelo paciente, uma pontuação baixa já pode ser considerada um sinal de risco. Em contrapartida, Oliveira, Urbanetto e Caregnato (2020) enfatizam que se o paciente obter a pontuação 3 em um único parâmetro, a frequência do monitoramento deve ser, no mínimo, a cada 1 hora por conta do risco de intercorrência.

No que diz respeito a associação do uso de ACO ao óbito, deve ser levado em consideração o risco do uso da terapia de anticoagulação, podendo predispor evento tromboembólicos ou aumentar as chances de sangramentos, e consequentemente, hemorragias. Camerini et al (2018) evidenciaram em seu estudo que pacientes com idade superior a 60 anos possuem mais chance de apresentar eventos hemorrágicos.

A relação da antibioticoterapia ao desfecho de óbito está diretamente associada ao surgimento de infecções e das IRAS. As IRAS constituem uma das principais causas de complicações e de óbitos em indivíduos hospitalizados. Além disso, o uso indiscriminado do ATB proporcionou a resistência bacteriana, fazendo com que o manejo adequado das infecções seja ainda mais complicado, principalmente no caso das superbactérias (Cardoso et al., 2021; Campos et al., 2020).

Sobre o uso da DVA e o desfecho óbito, os pacientes em uso de DVA encontram-se em instabilidade hemodinâmica. A introdução desses agentes vasoativos busca corrigir alterações cardiovasculares, com a intenção de restaurar a oferta de oxigênio e de nutrientes aos demais tecidos do corpo. E mesmo em alguns casos, o distúrbio hemodinâmico não é superado como esperado, fazendo com que o paciente demande de vazões cada vez mais altas e resultando no agravamento do quadro (Muzy; Castanheira; Romero, 2021).

Com respeito ao desfecho transferência, todas as variáveis correspondentes a faixa etária mostraram significância, porém não foi encontrado nenhum estudo nacional que correlacione a faixa etária especificamente à transferência hospitalar, apenas a descrição de determinadas faixas etárias ao risco de intercorrência e óbito. Convém mencionar que

o uso de psicotrópicos associado a transferência não apresentou nenhuma correlação a outros estudos.

Já com relação ao desfecho transferência e o escore de NEWS 2 com pontuação de 1 a 4 e maior ou igual a 7, corroboram com o estudo de Martins (2021) em que a mesma discorre que o uso de escores de alerta precoce, como é o caso do escore de NEWS 2, são ferramentas essenciais para alocar pacientes perante a sua gravidade para os locais mais adequados do hospital ou do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao relacionar desfecho transferência as variáveis Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) ao uso de alguma terapia de anticoagulação pode-se fazer uma associação ao uso da terapia trombolítica, que requer monitoramento do paciente por 24h após a administração do medicamento em uma unidade de alta complexidade. Caso não haja intercorrências nessas 24h, o paciente é transferido para uma enfermaria para investigação da etiologia do AVCI (Ribeiro, 2022).

Em contrapartida, o uso da terapia trombolítica pode fazer com que o paciente venha a apresentar eventos hemorrágicos, podendo até mesmo ocorrer a transformação do AVCI para o Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH). Por consequência, em alguns casos, ocorre a necessidade de transferência para uma UTI ou uma abordagem cirúrgica (Ribeiro, 2022).

No que tange as doenças cerebrovasculares, o paciente neurocrítico precisa de uma monitorização constante a depender do prognóstico e na maioria dos casos necessitam de abordagem cirúrgica e leito de UTI. Dessa forma o desfecho transferência está relacionado tanto a vagas em UTI, quanto em enfermarias para aprofundamento do quadro e definição do tratamento (Hwang; Kim, 2022).

Os pacientes portadores de doenças vasculares como destacado anteriormente apresentando uma tendência de intercorrência ao longo do internamento. Diante disso, pacientes que saíram da sala emergência, podem apresentar a necessidade de regressar a mesma caso intercorra na enfermaria (Damiani, 2018).

## **Considerações finais**

A partir dos resultados encontrados nesse estudo, foi possível observar que o escore de NEWS 2 tem um impacto favorável na identificação da deterioração clínica do

paciente e que por meio de seu poder de previsão é possível antecipar medidas assistências que visam evitar a parada cardiorrespiratória e consequentemente, o óbito.

Além disso, o escore também se mostrou eficaz na administração de um cenário de superlotação, tendo em vista que o mesmo auxilia na melhor visualização da gravidade, facilitando o direcionando regulatório do paciente na situação de internamento, o que é reforçado pelo incentivo por parte do Ministério da Saúde no que diz respeito ao uso de escores como caráter regulatório no ambiente hospitalar. Ademais, o estudo também sinaliza a eficácia na priorização dos cuidados a serem prestados ao paciente no cenário de superlotação.

Aponta-se como uma das limitações desse estudo as lacunas dos sinais vitais e de algumas informações clínicas importantes no prontuário dos pacientes participaram desse estudo. O que reforça a necessidade de um planejamento de capacitações com a equipe multiprofissional para a implantação do escore, bem como para melhoria da assistência prestada, tendo em vista que o prontuário deve possuir todos os dados clínicos apresentados pelo paciente durante o internamento para que haja o melhor direcionamento do tratamento.

## **Referências**

Abdala V. Expectativa de vida do brasileiro sobe 12,4 anos entre 1980 e 2013, mostra IBGE [Internet]. Agência Brasil. 2014. Available from: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-12/expectativa-de-vida-do-brasileiro-aumenta-124-anos-entre-1980-e-2013#:~:text=Se>

Barbosa J, Ramalho W. Possíveis cenários epidemiológicos para o Brasil em 2040. 2021. 48 p.

Bilben B, Grandal L, Søvik S. National Early Warning Score (NEWS) as an emergency department predictor of disease severity and 90-day survival in the acutely dyspneic patient - a prospective observational study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med [Internet]. 2016;24(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-016-0273-9>

An Y, Tian ZR, Li F, Guan YM, Ma ZF, Lu ZH, et al. Risk prediction using the National Early Warning Score and the Worthing Physiological Scoring System in patients who were transported to the Intensive Care Unit from the Emergency Department: A cohort study. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. 2021;64(1):103015. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103015>

Camerini FG, Fassarella CS, Henrique D de M, Franco AS, Silva LD da. Analysis of risk factors for bleeding events in anticoagulated patients. REME Rev Min Enferm. 2018;22:1–

Cardoso EP, Oliveira ING de, Santos PAR dos, Silva N do SC da, Silva MDCA Da, Pereira AKL, et al. Perfil dos pacientes com infecções relacionadas à assistência à saúde em unidade de terapia intensiva de um hospital público. *Brazilian J Heal Rev* [Internet]. 2021;4(2):6710–3. Available from:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/27287/21580>

Campos DB, Martins SCO, Safanelli J, Santoni NB, Aguirre AR, Marcolino MAZ, et al. Custo-efetividade de alteplase no tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico até 4,5 horas após início dos sintomas: perspectiva do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS). *J Bras Econ da Saúde*. 2020;12(3):241–54.

Caciano KRP da S, Saavedra JDL israel, Monteiro EL, Volpáti NV, Amaral TLM, Sacramento DS, et al. Nursing interventions for neurocritical patients. *Rev Enferm UFPE line*. 2020;14.

Cortez ACL, Silva CRL da, Silva RCL da, Dantas EHM. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enferm Bras* [Internet]. 2019;18(5):700–9. Available from: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785>

Cabral LG, Meneses JP de, Pinto PF de C, Furtado GHC. Racionalização de antimicrobianos em ambiente hospitalar. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2018;16(11):59–63.

Dregmans E, Kaal AG, Meziyerh S, Kolfschoten NE, Van Aken MO, Schippers EF, et al. Analysis of Variation between Diagnosis at Admission vs Discharge and Clinical Outcomes among Adults with Possible Bacteremia. *JAMA Netw Open*. 2022;5(6):E2218172.

Datasus. Mortalidade - Brasil [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 17]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>

Datasus. Mortalidade - Pernambuco [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 17]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10pe.def>

Damiani D. Neurogenic Shock: Clinical Management and Particularities in an Emergency Room. *Arq Bras Neurocir Brazilian Neurosurg*. 2018;37(03):196–205.

Ebserh. Plano diretor estratégico 2021-2023 [Internet]. 2020. Available from: <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-univasf/nossa-historia>

Echvarria PAE, Bush OAP, Ambriz JB. Implementación de una escala de gravedad para la activación del equipo de respuesta rápida: NEWS 2. *Med Crit* [Internet]. 2019;33(2):98–103. Available from: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

Finger G, Cecchini TPB, Grippa MEC, do Nascimento TL, de Lima Cecchini FM, Sfredo E, et al. Spine trauma epidemiological profile in a tertiary neurosurgery hospital in South Brazil. *Coluna/ Columna*. 2021;20(3):224–8.

Gomes IV, Florêncio FC, Gonçalves N da S, E Souza IBF de, Barreto Neto AC. Epidemiologia dos traumas ortopédicos atendidos na emergência de um serviço público de referência. *Enferm Bras*. 2021;20(5):650–60.

Hwang JI, Kim SW. Using an Early Warning Score for Nurse Shift Patient Handover: Before-and-after Study. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 2022;16(1):18–24. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.12.00>

Júnior SV da S, Lacerda F de A, Florêncio MVDL, Araújo ÂA de, Santos BMP dos, Pedrosa IL. Superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar. *Enferm Bras*. 2020;19(1):49–57.

Jacintho P, Aparecida MC da, Saccomann ICR da S. Capacitação da equipe de enfermagem sobre o reconhecimento precoce da deterioração do paciente hospitalizado. *Rev da Fac Ciências Médicas Sorocaba*. 2022;22(3):119–24.

Lavoie P, Pepin J, Alderson M. Defining patient deterioration through acute care and intensive care nurses' perspectives. *Nurs Crit Care*. 2016;21(2):68–77.

Lapidus MI, Falcón A, Antonietti C, Peuchot V. Prevalencia de presión arterial elevada en pacientes interdados: estudio de corte transversal. *Med (Buenos Aires)*. 2021;1002–6.

Mello ABQB de, Alvarez ET, Moreira FBS, Costa GR, Júnior HLS. Como Se Portar Frente a Emergência Hipertensiva. *Rev Cad Med N o 1*. 2018;1:24–33.

Melo EM, Cavalcante H da PO, Marques AM, Ferreira AMM, Abreu MAF de, Lima VF, et al. Conhecimento Do Enfermeiro Sobre As Drogas Vasoativas Utilizadas Em Pacientes Críticos. *J Nurs UFPE line*. 2016;10(8):2948–55.

Muzy J, Castanheira D, Romero D. Análise da qualidade da informação da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis e sua utilização nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. *Cad Saúde Coletiva*. 2021;29(spe):152–64.

Martinez R, Soliz P, Campbell NRC, Lackland DT, Whelton PK, Ordunez P. Association between population hypertension control and ischemic heart disease and stroke mortality in 36 countries of the Americas, 1990-2019: an ecological study. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2022;46:1–13.

Monzon L da R, Boniatti MM. Use of the modified early warning score in intrahospital transfer of patients. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020;32(3):439–43.

Martins TC de F, da Silva JHCM, Máximo G da C, Guimarães RM. Transition of morbidity and mortality in brazil: A challenge on the thirtieth anniversary of the SUS. *Cienc e Saude Coletiva*. 2021;26(10):4483–96.

Nissen SK, Candel BGJ, Nickel CH, de Jonge E, Ryg J, Bogh SB, et al. The Impact of Age on Predictive Performance of National Early Warning Score at Arrival to Emergency Departments: Development and External Validation. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2022;79(4):354–63. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.09.434>

Oliveira APA de, Urbanetto J de S, Caregnato RCA. National Early Warning Score 2: transcultural adaptation to Brazilian Portuguese. *Rev Gauch Enferm.* 2020;41:e20190424.

Ponte KM de A, Frota KC da, Fontenele MGM, Ávila AR, Moraes RM de, Abreu MM de. Pacientes no serviço de emergência: Perfil sociodemográfico e clínico e cuidados de enfermagem. *Sanare.* 2019;18(2):15-25.

Patrão AL, Alvim S, Pitanga F, Queiroz CO, Almeida RT de, Terán YM. Promoção da saúde e estilo de vida em tempos de COVID-19. In: *Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais.* EDUFBA; 2020. p. 1-34.

Ribeiro GJS, Grigório KF da S, Pinto AA. Prevalência De Internações E Mortalidade Por Diabetes Mellitus E Hipertensão Arterial Sistêmica Em Manaus: Uma Análise De Dados Do Datasus. *Saúde (Santa Maria).* 2021;47(1).

Ribeiro J. Avanços na monitorização neurológica de pacientes neurocríticos: revisão integrativa. Vol. 2. 2022.

Rodrigues AIG, Korinfsky JP, Santos ADB dos, Oliveira ANS de, Almeida LR de, Moura LA. Perfil dos usuários atendidos no serviço de emergência em um hospital universitário em Pernambuco. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2015;38(3):13-24002E.

Rocha TF da, Neves JG, Viegas K. Escore de alerta precoce modificado: avaliação de pacientes traumáticos. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(5):906-11.

Silva JVF da, Silva EC da, Rodrigues APRA, Miyazawa AP. a Relação Entre O Envelhecimento Populacional E As Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Sério Desafio De Saúde Pública. Vol. 2, *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT / AL.* 2015. p. 91-100.

Saúde M da. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Vol. 6, *Revista de Ciências do Estado.* 2021. 139 p.

Souza LC de, Ambrosano GMB, Moraes KL, Fonseca EP da, Mialhe FL. Fatores associados ao uso não urgente de unidades de pronto atendimento: uma abordagem multinível. *Cad Saúde Coletiva.* 2020;28(1):56-65.

Sacoman TM, Beltrammi DGM, Andrezza R, Cecílio LC de O, Reis AAC dos. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde em Debate.* 2019;43(121):354-67.

Silva LCS, Prado MA do, Carneiro LC, Moraes Filho AV de, Costa TAM da, Ribeiro DPO e, et al. Qualidade dos registros de enfermagem em um hospital: auditoria. *Res Soc Dev.* 2021;10(10):e229101018684.

Santos L de F da S, Fonseca JMA da, Cavalcante BLS, Lima CM. Estudo epidemiológico do trauma ortopédico em um serviço público de emergência. *Cad Saúde Coletiva*. 2016;24(4):397–403.

Sutter R, Tisljar K, Opić P, De Marchis GM, Bassetti S, Bingisser R, et al. Emergency management of status epilepticus in a high-fidelity simulation: A prospective study. *Am Acad Neurol*. 2019;93(19):838–48.

Sena de Pádua C, Antonio Pinheiro Scherer T, Rezende Prado P, Ulises de Oliveira Meneguetti D, Junior Sordi Bortolini M. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo cranioencefálico (TCE) de uma unidade de terapia intensiva na cidade de Rio Branco-AC, Amazônia. *South Am J Basic Educ*. 2018;5(2446–482):125–36.

Trentin KM, Andrade SC, Renner JDP, Krug SF, Garcia EL. Segurança do paciente no uso de antibiótico hospitalar: uma revisão da literatura. *Rev Epidemiol e Control Infecção*. 2019;9(4):1–10.

Wang BY, Chou YH, Chung CT, Yang SF, Tzeng SL, Wang YH, et al. Association of Peripheral Arterial Occlusive Disease and Deep Venous Thrombosis with Risk of Consequent Sepsis Event: A Retrospective Population-Based Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11).

Yamamoto RKR, Bazílio GS, Guimarães RA, Neto OL de M. Estimativa do Risco Global Cardiovascular e fatores associados na população adulta . Senador Canedo , Goiás. *Eur PMC*. 2022;10(versão 1).



**Capítulo 9**  
**EFETIVIDADE DO COLCHÃO PNEUMÁTICO NA PREVENÇÃO**  
**DE LESÕES POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA**  
**INTENSIVA**

*Jhenyf Karoline de Araújo Silva*  
*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*  
*Rachel Mola*  
*Rosana Alves de Melo*



# EFETIVIDADE DO COLCHÃO PNEUMÁTICO NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

*Jhenyf Karoline de Araújo Silva*

*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*

*Rachel Mola*

*Rosana Alves de Melo*

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a efetividade do colchão pneumático na prevenção de Lesões por Pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Método:** Realizou-se uma coorte retrospectiva. Foram incluídos os prontuários e protocolos dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva de um hospital Universitário que não apresentavam lesão por pressão prévia entre janeiro de 2016 e julho de 2019. Foi aplicada análise bivariada não paramétrica. **Resultados:** A prevalência passou de 22,3% antes da implantação do colchão para 8,4% no período após ( $p < 0,0001$ ). Observou-se redução no risco para o surgimento da lesão por pressão, expresso pela escala de Braden com redução do escore de 12,3 para 13,4 ( $p < 0,0001$ ), bem como no tempo médio de internação de 9,4 para 7,7 dias ( $p < 0,0001$ ). **Conclusões e implicações para a prática:** As evidências apresentadas podem auxiliar a assistência dos enfermeiros na escolha de um plano de ação adequado devendo ser estímulo para adoção de dispositivos que, associados a uma assistência qualificada, possam contribuir para redução da incidência deste evento adverso.

## Introdução

Lesão por pressão (LP) é considerada uma injúria resultante da pressão intensa na pele sob uma proeminência óssea ou associada a forças de cisalhamento (HCU, 2016). A redução da tolerância tecidual propicia o surgimento desse problema (Avsar; Karadag,

2018), bem como os fatores intrínsecos e os extrínsecos ao indivíduo, gerando uma multicausalidade (Albert Einstein, 2019).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente caracterizado pelo atendimento de pacientes críticos e com suporte tecnológico avançado, resultando em condições de estresse que afetam os enfermeiros que precisam garantir uma organização do cuidado (Magalhães et al., 2018), além da necessidade de monitorização e agilidade constante para com os pacientes (Santos et al., 2016).

Nesse contexto, como parte integrante do cuidado preventivo deste tipo de agravo, a implementação de escalas de risco de LP, possui papel importante para os enfermeiros, tendo como objetivo a avaliação e adoção de medidas de proteção ou tratamento. Dentre as escalas preditivas de risco, como as de Braden e de Waterlow (Borghardt et al., 2015), a de Braden é a mais utilizada em âmbito nacional por ser de fácil compreensão e aplicação (Silva; Abi; Liberal, 2018). Por meio desta é possível estimar sistematicamente os riscos do paciente a partir da percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento, compondo subescalas (Moro; Caliri, 2016).

Diante das restrições de posicionamento e mobilização no leito, o paciente torna-se suscetível à ocorrência de LP, tornando-se necessário a adoção de outras medidas preventivas e de suporte tais como a mudança de decúbito e a proteção das proeminências ósseas (Jomar et al., 2019). Entre as medidas existentes, a aplicação do colchão pneumático vem se mostrando eficaz, possibilitando a redistribuição e sustentação do peso corporal de maneira confortável, e consequentemente reduzindo a pressão local exercida (Pinho et al., 2014).

Nesse sentido o objetivo do presente estudo foi avaliar a efetividade do colchão pneumático na prevenção de Lesões por Pressão em pacientes internados em UTI.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido na UTI do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-Univasf), localizado no município de Petrolina-PE. O hospital é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) desde fevereiro de 2015. É referência para Rede Interestadual de Saúde Pernambuco-Bahia (Rede PEBA) no do Vale do São Francisco, a qual abrange 53 municípios com aproximadamente 2.068.000 habitantes. Sua atenção está voltada às

urgências e emergências, que abrange desde os politraumatismos a cirurgias em geral de alta e média complexidade (Ebserh, 2020).

Desde 2015 o setor de UTI do HU-Univasf utiliza um protocolo preventivo de LP com informações acerca da avaliação do risco de desenvolvimento dessas LP, o surgimento e estadiamento das mesmas durante o internamento do paciente. As medidas envolvem: a aplicação de coberturas preventivas (placa de hidrocolóide em região sacra e aliviadores de pressão em calcâneos direito e/ou esquerdo) e a aplicação preventiva de outros dispositivos (coxins). A implantação do colchão pneumático no referido setor foi efetivada no ano de 2017 sendo esse ano o ponto de corte para a análise do período de antes e depois do estudo.

A população do estudo foi composta pelas internações de pacientes na UTI da instituição. Os dados foram coletados nos prontuários, no livro de registro e nos protocolos de controle preventivo de LP, através de uma amostragem do tipo não probabilística. Os critérios de inclusão para a amostra foram: período de internação no setor entre janeiro de 2016 e julho de 2019, sem LP prévia à admissão na UTI e que desenvolveram ou não lesão durante o período de internamento. Foram excluídos os instrumentos cujas informações de desfecho (surgimento ou não de LP) estiveram ausentes. A coleta de dados seguiu um cronograma pré-determinado e em consonância com a unidade hospitalar, entre setembro de 2019 a março de 2020 na UTI da instituição.

Foram consideradas as seguintes variáveis: 1) caracterização sociodemográfica: sexo, idade; 2) relacionadas às condições clínicas e de intervenção voltadas a prevenção das LP: hipótese diagnóstica, escore da escala de Braden, aplicação de coberturas preventivas de LP durante internamento, aplicação preventiva de outros dispositivos, dias de internação na UTI, presença de LP durante o período, local da LP se presente e desfecho clínico.

A avaliação de risco de desenvolvimento de LP foi realizada por meio da aplicação escala de Braden, cujo resultado é descrito por uma pontuação entre 6 a 23 pontos, considerando o paciente com escore abaixo de 9 como de risco muito elevado, e maior que 19 não apresenta risco para desenvolver uma lesão (Gomes et al., 2020).

Considerando a necessidade de avaliação de risco para desenvolvimento de LP, foi utilizado uma comparação do tipo antes e depois analisando os pacientes com as mesmas características, que desenvolveram e não desenvolveram LP no período de internação.

Procedeu-se a estatística descritiva por meio da distribuição de frequência e medidas de tendência central e dispersão aplicável a cada tipo de variável. A análise da efetividade entre os casos e os controles foi testada por meio de análise bivariada não paramétrica. Para tanto, foram aplicados os testes Qui-quadrado de Pearson e/ou Exato de Fisher para as variáveis categóricas considerando as frequências esperadas. Foi utilizado o teste Mann-Whitney para variáveis numéricas, considerando a não normalidade da distribuição pelo Shapiro Wilk. Para todos os testes foi adotado um nível de significância de 5% e intervalo de confiança (IC) de 95%. Os dados foram analisados por meio do software estatístico *Stata* versão 14.0 e o *Microsoft office Excel®* 2013.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco, com parecer nº 3.307.747 em nove de junho de 2019, seguindo os preceitos estabelecidos nas diretrizes e normas de pesquisas com seres humanos. Por se tratar de dados secundários, não foi necessário a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Dos pacientes admitidos na UTI a maioria era do sexo masculino 1.014 (64,4%) com hipótese diagnóstica predominante as causas cirúrgicas 816 (52,7%), tendo apresentado LP no período de internação nas regiões sacral 69 (4,4%), occipital 50 (3,2%), calcâneo direito 53 (3,4%), calcâneo esquerdo 68 (4,3%), trocânteres 2 (0,1%) ou outras 52 (3,3%).

Sobre a aplicação de coberturas preventivas para LP, 1.195 (75,9%) pacientes estavam em uso durante o período de internação, porém a aplicação preventiva de outros dispositivos não foi a mais prevalente 1.244 (78,9%).

Durante a permanência na UTI, 69 (4,4%) indivíduos apresentaram LP na região sacral e 68 (4,3%) no calcâneo esquerdo. Considerando o desfecho clínico, 370 (24,7%) dos indivíduos evoluíram para óbito (Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização clínica e das lesões por pressão dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. Petrolina, 2016 – 2019.

|          | n   | %    | IC 95% |      |
|----------|-----|------|--------|------|
| Sexo     |     |      |        |      |
| Feminino | 561 | 35,6 | 33,3   | 38,0 |

|                                             |       |      |      |       |
|---------------------------------------------|-------|------|------|-------|
| Masculino                                   | 1.014 | 64,4 | 62,0 | 66,7  |
| Hipótese Diagnóstica                        |       |      |      |       |
| Clínico                                     | 400   | 25,8 | 23,7 | 28,0  |
| Causas externas                             | 334   | 21,6 | 19,6 | 23,7  |
| Cirúrgico                                   | 816   | 52,7 | 50,2 | 55,1  |
| Aplicação de coberturas preventivas         |       |      |      |       |
| Não                                         | 380   | 24,1 | 22,1 | 26,3  |
| Sim                                         | 1.195 | 75,9 | 73,7 | 77,9  |
| Aplicação preventiva de outros dispositivos |       |      |      |       |
| Não                                         | 1.244 | 78,9 | 76,8 | 80,8  |
| Sim                                         | 333   | 21,1 | 19,2 | 23,2  |
| Local da LP sacral                          |       |      |      |       |
| Não                                         | 1.508 | 95,6 | 94,5 | 96,5  |
| Sim                                         | 69    | 4,4  | 3,5  | 5,5   |
| Local da LP calcâneo direito                |       |      |      |       |
| Não                                         | 1.524 | 96,6 | 95,6 | 97,4  |
| Sim                                         | 53    | 3,4  | 2,6  | 4,4   |
| Local da LP calcâneo esquerdo               |       |      |      |       |
| Não                                         | 1.509 | 95,7 | 94,6 | 96,6  |
| Sim                                         | 68    | 4,3  | 3,4  | 5,4   |
| Local da LP occipital                       |       |      |      |       |
| Não                                         | 1.527 | 96,8 | 95,8 | 97,6  |
| Sim                                         | 50    | 3,2  | 2,4  | 4,2   |
| Local da LP trocânter                       |       |      |      |       |
| Não                                         | 1.575 | 99,9 | 99,5 | 100,0 |
| Sim                                         | 2     | 0,1  | 0,0  | 0,5   |
| Local da LP outros                          |       |      |      |       |
| Não                                         | 1.525 | 96,7 | 95,7 | 97,5  |
| Sim                                         | 52    | 3,3  | 2,5  | 4,3   |
| Desfecho clínico                            |       |      |      |       |
| Alta                                        | 1.128 | 75,3 | 73,0 | 77,4  |
| Óbito                                       | 370   | 24,7 | 22,6 | 27,0  |

Os pacientes analisados tinham em média 47,7 anos (Desvio Padrão-DP 20,2 anos). Possuíam uma avaliação do escore da Escala de Braden de 13 (DP 3,0) e passavam em média 8,2 dias (DP 8,9) internados na UTI.

Quanto ao período antes e após a implantação do colchão, observou-se diferença significativa para as variáveis observadas ( $p < 0,05$ ). Após a implantação do colchão pneumático, a média de idade aumentou de 45,4 para 48,7 ( $p = 0,005$ ). O risco para o surgimento da lesão por pressão expressa pela escala de Braden diminuiu, passando de

um escore de 12,3 para 13,4 ( $p<0,0001$ ). Observou-se também uma redução no tempo médio de internação na UTI passando de 9,4 para 7,7 dias ( $p<0,0001$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Caracterização da idade, escala de Braden e dias de internação e avaliação antes e após implantação do colchão de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. Petrolina, 2016 – 2019.

|                           | Em todo o período |      |        |      | Antes<br>(Média ) | Depois<br>(Média ) | p-valor* |
|---------------------------|-------------------|------|--------|------|-------------------|--------------------|----------|
|                           | Média             | DP   | IC 95% |      |                   |                    |          |
| Idade                     | 47,7              | 20,2 | 46,7   | 48,7 | 45,4              | 48,7               | 0,005    |
| Escala de Braden          | 13                | 3,0  | 12,9   | 13,2 | 12,3              | 13,4               | <0,0001  |
| Dias de internação na UTI | 8,2               | 8,9  | 7,8    | 8,7  | 9,4               | 7,7                | <0,0001  |

\*Mann-Whitney

Análise da efetividade da implantação do colchão pneumático evidenciou uma diferença significativa nos resultados, principalmente no surgimento de LP durante o internamento na UTI. A prevalência era de 22,3% antes da implantação passando para 8,4% no período após a implantação ( $p<0,0001$ ). As causas de natureza clínica eram mais prevalentes (38,7%) no período anterior a implantação do colchão, passando a ser cirúrgicas (60,7%) logo após a implantação do dispositivo ( $p<0,0001$ ).

A aplicação de curativos preventivos em região sacra e calcâneos não eram utilizados em 30,8% dos pacientes, reduzindo para 21,3% no período após a implantação do colchão, havendo diferença estatística entre o antes e após a sua implantação, aumentando de 69,2% para 78,7% ( $p<0,0001$ ). A maioria não necessitou da aplicação de outros dispositivos após a instalação do colchão (71,1%), onde anteriormente apenas 2,4% faziam uso e depois passou para 28,9% ( $p<0,0001$ ).

As regiões corporais que apresentaram diferença significativa foram a região sacral, reduzindo o surgimento de 8% antes do colchão para 2,9% após ( $p<0,0001$ ), calcâneo direito e esquerdo que declinaram de 5,8% para 2,3% ( $p<0,0001$ ) e 7,5% para 3% ( $p<0,0001$ ) respectivamente. Já as regiões occipital e trocantérica não apresentou significância estatística.

A taxa de mortalidade era de 31,5% antes da implantação do colchão pneumático, reduzindo para 21,9% após a sua instalação, onde 78,1% apresentaram alta por melhora clínica ( $p<0,0001$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Análise dos pacientes antes e após a implantação do colchão pneumático em Unidade de Terapia Intensiva. Petrolina, 2016 – 2019.

| Período de implantação do colchão |
|-----------------------------------|
|-----------------------------------|

|                                             | Antes |      | Depois |      | p-valor  |
|---------------------------------------------|-------|------|--------|------|----------|
|                                             | n     | %    | n      | %    |          |
| Surgimento de LP no período                 |       |      |        |      |          |
| Não                                         | 439   | 77,7 | 782    | 91,6 | <0,0001* |
| Sim                                         | 126   | 22,3 | 72     | 8,4  |          |
| Sexo                                        |       |      |        |      |          |
| Mulher                                      | 159   | 34,3 | 402    | 36,2 | 0,469*   |
| Homem                                       | 305   | 65,7 | 709    | 63,8 |          |
| Hipótese diagnóstica                        |       |      |        |      |          |
| Clínico                                     | 177   | 38,7 | 223    | 20,4 | <0,0001* |
| Causas externas                             | 127   | 27,8 | 207    | 18,9 |          |
| Cirúrgico                                   | 153   | 33,5 | 663    | 60,7 |          |
| Aplicação de coberturas preventivas         |       |      |        |      |          |
| Não                                         | 143   | 30,8 | 237    | 21,3 | <0,0001* |
| Sim                                         | 321   | 69,2 | 874    | 78,7 |          |
| Aplicação preventiva de outros dispositivos |       |      |        |      |          |
| Não                                         | 453   | 97,6 | 791    | 71,1 | <0,0001* |
| Sim                                         | 11    | 2,4  | 322    | 28,9 |          |
| Local da LP sacral                          |       |      |        |      |          |
| Não                                         | 427   | 92,0 | 1.081  | 97,1 | <0,0001* |
| Sim                                         | 37    | 8,0  | 32     | 2,9  |          |
| Local da LP calcâneo direito                |       |      |        |      |          |
| Não                                         | 437   | 94,2 | 1.087  | 97,7 | <0,0001* |
| Sim                                         | 27    | 5,8  | 26     | 2,3  |          |
| Local da LP calcâneo esquerdo               |       |      |        |      |          |
| Não                                         | 429   | 92,5 | 1.08   | 97,0 | <0,0001* |
| Sim                                         | 35    | 7,5  | 33     | 3,0  |          |
| Local da LP occipital                       |       |      |        |      |          |
| Não                                         | 447   | 96,3 | 1.08   | 97,0 | 0,470*   |
| Sim                                         | 17    | 3,7  | 33     | 3,0  |          |
| Local da LP trocânter                       |       |      |        |      |          |
| Não                                         | 463   | 99,8 | 1.112  | 99,9 | 0,502**  |
| Sim                                         | 1     | 0,2  | 1      | 0,1  |          |
| Local da LP outros locais                   |       |      |        |      |          |
| Não                                         | 443   | 95,5 | 1.082  | 97,2 | 0,078*   |
| Sim                                         | 21    | 4,5  | 31     | 2,8  |          |
| Desfecho clínico                            |       |      |        |      |          |
| Alta                                        | 300   | 68,5 | 828    | 78,1 | <0,0001* |
| Óbito                                       | 138   | 31,5 | 232    | 21,9 |          |

\*Qui-Quadrado de Pearson

\*\* Exato de Fisher

## **Discussão**

O perfil sociodemográfico do presente estudo aponta uma amostra predominantemente masculina, corroborando com estudo de temas similares (Pachá et al., 2018). A faixa etária da maioria dos pacientes foi constituída por indivíduos com idade economicamente ativa, sendo a hipótese diagnóstica as causas cirúrgicas e evoluindo para alta do setor como desfecho clínico.

Tais resultados podem estar relacionados ao perfil clínico atendido na UTI da instituição analisada, a qual é referência em trauma e politrauma, atendendo principalmente pacientes vítimas de acidentes de trânsito (Silva et al., 2018). O fato de a maioria dos pacientes fazer parte de uma faixa etária mais jovem, também pode estar relacionado a maior ocorrência desta causa de internação (Alencar; Mota, Fernandes, 2020).

A maioria dos pacientes no presente estudo, fez uso do protocolo preventivo de LP existente naquela unidade, porém, a minoria foi submetida a aplicação preventiva de outros dispositivos. Essas medidas apresentam-se efetivas na prevenção de LP, mas não eliminam o risco de seu surgimento durante o internamento (Holanda et al., 2018). Esse cenário, reforça a necessidade de incorporação de novas tecnologias que permitam uma redução do desenvolvimento de tais lesões, como o uso do colchão pneumático.

Com relação ao desenvolvimento de LP durante o internamento no setor, a região sacra apresentou maior prevalência dentre as demais regiões corporais. Essa região é mais suscetível à ocorrência deste evento adverso devido ao posicionamento dorsal por longos períodos no leito (Campanili et al., 2015). Além disso, a implementação de medidas isoladas como a mudança de decúbito e a elevação da cabeceira a 30º, não se mostram eficazes na prevenção de LP (Krapfl et al., 2017).

A média do escore da escala de Braden classificou os pacientes como risco moderado de desenvolver LP. Este resultado pode estar relacionado não só aos fatores extrínsecos ao paciente, como a implementação de medidas preventivas à exemplo do colchão pneumático; mas também às características intrínsecas, como a gravidade do quadro clínico e nutricional, corroborando com a probabilidade de surgimento deste tipo de ferida (Prado et al., 2017).

A UTI da instituição analisada é o único setor que possui o protocolo de prevenção de LP, sendo um instrumento que permite uma avaliação diária para verificação do risco

de seu desenvolvimento, melhorando o manejo de prevenção e/ou tratamento (Pereira; Ludvich; Omizzolo, 2016).

Adicionalmente a outras medidas preventivas, o referido setor aderiu à implantação de colchões pneumáticos em todos os leitos. A adição dessa implantação às outras medidas preventivas já instituídas pelo protocolo na UTI, apresentaram associação significativa na redução incidência de LP bem como no tempo de internação dos pacientes no período analisado. Tal dispositivo, combinado a avaliação diária de risco de LP, mudança de decúbito, uso de protetores em proeminências ósseas e coberturas preventivas, apresentam resultados mais benéficos do que a utilização de forma isolada (Vasconcelos; Caliri, 2017).

Embora a ocorrência de LP seja multicausal, considerando-se os fatores intrínsecos, especialmente no que se refere ao paciente crítico, torna-se primordial a atuação preventiva e terapêutica da equipe multiprofissional eficaz, visto que, se configura um dos indicadores de qualidade da assistência (Brasil, 2020). No entanto, vale salientar que tanto a incidência, como o agravamento de uma LP podem acontecer mesmo quando o paciente se encontra sob os cuidados ideais de assistência (Npuap, 2017).

### **Conclusões e implicações para a prática**

A utilização do colchão pneumático na UTI do hospital analisado, associado a assistência de enfermagem e o uso do protocolo de prevenção de LP existente no setor, demonstrou ser efetiva na redução da prevalência do surgimento das lesões. Observou-se ainda, uma redução do risco para o surgimento de LP, expressa pela escala de Braden, redução do tempo de internação no setor e redução das LP nas regiões corpóreas durante o período de internação dos pacientes.

Dentre as limitações encontradas destacaram-se o preenchimento incompleto das informações pessoais e clínicas do paciente nos protocolos e prontuários. Entretanto, não comprometeram a análise objeto do estudo.

Os resultados deste estudo fornecem evidências que podem auxiliar a assistência dos enfermeiros na escolha de um plano de ação adequado em UTI, bem como instigar o aprofundamento no assunto. Deve ser estímulo para adoção de dispositivos que, associados a uma assistência qualificada, possa reduzir ainda mais o surgimento de LP.

## Referências

Alencar, N.M, Mota DS, Fernandes, F.E.C.V, Mola, R. Trajectory of the Victims of Overland Transport Accidents: From Prehospital to Hospital Care. SAGE Open Nursing [on line]. 2020;6(1): 1-7. <https://doi.org/10.1177/2377960820919630>.

Avsar, P, Karadag, A. Efficacy and Cost-Effectiveness Analysis of Evidence-Based Nursing Interventions to Maintain Tissue Integrity to Prevent Pressure Ulcers and Incontinence-Associated Dermatitis. Worldviews Evid Based Nurs [on line]. 2018;15(1): 54-61. <https://doi.org/10.1111/wvn.12264>

Albert Einstein - Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa. Prevenção de Lesão por Pressão - Enfermeiros. 2019; 3:1-51.

Borghardt Andressa Tomazini, Prado Thiago Nascimento do, Araújo Thiago Moura de, Rogenski Noemi Marisa Brunet, Bringunte Maria Edla de Oliveira. Avaliação das escalas de risco de úlcera por pressão em pacientes críticos: um estudo de coorte prospectivo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [on line]. Fevereiro de 2015; 23 (1): 28-35. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2521>

BRASIL, Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF- CPPAS. Segurança do Paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LP) [on line]. [citado 01 out 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP-2.pdf>

Campanili, T.C.G.F, Santos, V.L.C.G, Strazzieri-pulido, K.C, Thomaz, P.B.M, Nogueira, P.C. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. Rev Esc Enferm USP [on line]. 2015;49(Esp): 7-14. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000700007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700007&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342015000700002>

Gomes Gama B, Mola R, Emília Cavalcante Valença Fernandes F, Bezerra Xavier S. Prevalência e fatores associados à ocorrência de lesão por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. hu rev [on line]. 19 de maio de 2020 [citado 27 ago 2020];46:1-8. doi: 10.34019/1982-8047.2020.v46.28248

Hospital de Clínicas da UNICAMP. Manual de processos de trabalho do núcleo de estomaterapia: Estomias, Feridas e Incontinência [periódico na internet]. 2016;3(1): 1-307. Available from: <https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/estomaterapia.pdf>

Holanda, O.Q, Oliveira, V.A, Fernandes, F.E.C.V, Xavier, S.B, Mola, R. Efetividade do protocolo para prevenção de lesões por pressão implantado em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Espaço para a Saúde [on line]. 2018;19(2): 64-74. doi: 10.22421/15177130-2018v19n2p64

Hospital universitário da universidade federal do vale do são francisco (HU-UNIVASF) - Nossa história. EBSEH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares [on line]. [citado 07 mar 2020]. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-univasf/nossa-historia>

Jomar Rafael Tavares, Jesus Rubens Pelágio de, Jesus Marcos Pelágio de, Gouveia Bárbara Rocha, Pinto Eriane Nascimento, Pires Ariane da Silva. Incidence of pressure injury in an oncological intensive care unit. Rev. Bras. Enferm. [on line]. [citado 09 out 2020]. 2019 Dec; 72(6): 1490-1495. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0356>

Krapfl LA, Langin J, Pike CA, Pezzella P. Does Incremental Positioning (Weight Shifts) Reduce Pressure Injuries in Critical Care Patients? J Wound Ostomy Continence Nurs [on line]. 2017 Jul/Aug;44(4):319-323. doi: 10.1097/WON.0000000000000340

Magalhães Aline Lima Pestana, Erdmann Alacoque Lorenzini, Sousa Francisca Georgina Macêdo de, Lanzoni Gabriela Marcellino de Melo, Silva Elza Lima da, Mello Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. Rev. Gaúcha Enferm [on line]. 2018; 39: e2017-0274. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274>

Moro Jaísa Valéria, Caliri Maria Helena Larcher. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. Esc. Anna Nery [on line]. 2016; 20(3):e20160058. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160058>

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). NPUAP Position Statement on Staging – 2017 Clarifications [on line]. [citado 01 out 2020]. Disponível em: <https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/npuap-position-statement-on.pdf>

Pinho, C.M, Correia, R.N, Valença, M.P, Cavalcanti, A.T.A, Gomes, E.T. Uso do colchão pneumático na redução de úlceras por pressão: eficácia e percepções da enfermagem. Rev enferm UFPE [on line]. 2014;8(8): 2729-2735. doi: 10.5205/reuol.6081-52328-1-SM.0808201421

Pachá Heloisa Helena Ponchio, Faria Josimerici Ittavo Lamana, Oliveira Kleber Aparecido de, Beccaria Lúcia Marinilza. Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study. Rev. Bras. Enferm. [on line]. 2018 Dec;71(6): 3027-3034. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0950>

Prado, Y.S, Tiengo, A, Brasil e Bernardes, A.C. A influência do estado nutricional no desenvolvimento de lesões por pressão em pacientes suplementados. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento [on line]. 2017;11(68): 699-709. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/632>

Pereira, M.O, Ludvich, S.C, Omizzolo, J.A.E. Segurança do paciente: prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. Revista Inova Saúde [on line]. 2016;5(2): 29-44. <http://dx.doi.org/10.18616/is.v5i2.3009>

Santos, LRO, Avelino, FVSD, Luz, MHBA, Cavalcante, TB, Silva, JLM et al. Características demográficas e clínicas de pacientes de unidades de terapia intensiva com úlcera por pressão. *Revista de Enfermagem UFPE* [on line]. 2016; 10 (225-31). doi: 10.5205/reuol.7901-80479-1-SP.1001sup201605

Santos LRCL; Lino AIA. Riscos de lesão por pressão: aplicação da Escala de Braden em terapia intensiva. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther* [on line]. 16: e0818. doi: 10.30886/estima. v16.443\_PT

Silva, ALM, Abi rached, CD, De liberal, MMC. A utilização da escala de braden como instrumento preditivo para prevenção de lesão por pressão. *Revista Direito em Foco* [periódico na internet]. 2018; 10 (1): 54-70. Disponível em: [http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/01/001\\_A\\_UTILIZA%C3%87%C3%83O\\_DA\\_ESCALA\\_DE\\_BRADEN.pdf](http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/01/001_A_UTILIZA%C3%87%C3%83O_DA_ESCALA_DE_BRADEN.pdf)

Silva, D.O, Oliveira, M.A, Fernandes, F.E.C.V, Mola, R. Accidents and their association with the consumption of alcoholic beverages. *Enfermería Global* [on line]. 2018;17(52): 389-400. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt\\_1695-6141-eg-17-52-365.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-365.pdf)

Vasconcelos JMB, Caliri MHL. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. *Esc. Anna Nery* [on line]. 2017; 21(1): e20170001. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>



**Capítulo 10**  
**AVANÇOS NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE**  
**ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PÓS-**  
**PANDEMIA**

*Amanda Guadalupe Diniz Carvalho*

*Simone Coelho Amestoy*

*Ana Dulce Batista dos Santos*



# AVANÇOS NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PÓS-PANDEMIA

*Amanda Guadalupe Diniz Carvalho*

*Simone Coelho Amestoy*

*Ana Dulce Batista dos Santos*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** o enfermeiro possui o papel de ser um dos principais responsáveis pelo gerenciamento dos cuidados prestados ao paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além de oferecer atendimento direto, ele também atua como coordenador da equipe, sendo responsável por capacitações e desenvolvimento dos profissionais. Mas essa rotina intensa também traz consigo desafios, que acabaram sendo agravados com a chegada da pandemia da COVID-19, especialmente em termos de gestão, planejamento e organização, devido ao aumento significativo de pacientes no sistema de saúde, levando a uma exaustão dos recursos disponíveis. Os trabalhadores tiveram que lidar com diversas ações e intervenções que modificaram a forma como os enfermeiros gerenciam o cuidado. **OBJETIVO:** analisar a produção científica disponível na literatura acerca dos avanços no gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva pós-pandemia. **METODOLOGIA:** estudo qualitativo, descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura, no qual serão selecionados artigos publicados no período de 2020 a 2023, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de Dados de Enfermagem e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e que atendam aos critérios de inclusão e exclusão. **RESULTADOS:** Integram a revisão seis artigos, os quais atenderam os critérios estabelecidos. Os estudos mostram os avanços no gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva pós-pandemia, além do uso de estratégias efetivas, com vistas a qualificar o cuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Durante a pandemia os enfermeiros buscaram melhorar sua prática enfrentando a crise. Estudos destacam avanços na enfermagem, como a adoção de novas tecnologias para melhorar o cuidado ao paciente, maior

atenção à saúde mental e cooperação interdisciplinar. A profissão também fortaleceu sua influência na formulação de políticas de saúde, buscando equidade e acesso universal aos cuidados. Essas mudanças refletem o reconhecimento do papel essencial dos enfermeiros na promoção da saúde e superação de desafios.

## **1 INTRODUÇÃO**

A Unidade de Terapia Intensiva é um campo dedicado ao atendimento de pacientes que apresentam um estado geral grave, mas ainda com chances de reverter esse quadro para uma provável melhora, necessitando de monitorização adequada e ininterrupta durante 24 horas por dia. Provê cuidados específicos, por meio de tecnologias avançadas e recursos humanos qualificados, visando não somente o tratamento da fisiopatologia da doença como um todo, mas tal qual o seu entorno, que acaba intimamente sendo afetado nas questões psicossociais, ambientais e familiares. Visto que se trata de um ambiente de cuidados críticos para quem o vivencia, justamente em razão de que há uma gravidade entrelaçada e do risco de morte iminente, trazendo consigo um sentimento de dor e angústia para todos os envolvidos (SILVEIRA; CONTIM, 2015).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) representa um ambiente que fornece cuidados de enfermagem altamente especializados, demandando do profissional habilidades técnicas e científicas, decisões rápidas e a implementação de medidas seguras. Essas ações têm impacto direto ou indireto na vida e na sobrevivência do paciente (SILVA *et al.*, 2021). Nesse contexto, os enfermeiros desempenham um papel fundamental no gerenciamento do cuidado, atuando como elo entre a equipe multidisciplinar, os pacientes e seus familiares.

O cuidado proporcionado pelos enfermeiros baseia-se em três dimensões fundamentais: 1) Cuidar de indivíduos e grupos em todas as fases da vida, desde o nascimento até o fim da vida; 2) Educação e pesquisa que englobam o ensino intrínseco ao ato de cuidar, a busca contínua por aprimoramento no trabalho, a formação de novos profissionais e a produção de conhecimentos que contribuem para o processo de cuidado; 3) A dimensão administrativa e gerencial que inclui a coordenação do trabalho em equipe de enfermagem, a administração do espaço de assistência, a participação no gerenciamento da assistência à saúde e a colaboração no gerenciamento institucional (PIRES, 2009).

Gerir o cuidado envolve coordenar uma série de ações interligadas e complementares para garantir uma assistência eficaz. O enfermeiro precisa ser habilitado não apenas na parte física, mas também emocional e espiritual, pronto para lidar com diferentes cenários, sobretudo conduzido pela importância do gerenciamento do cuidado para uma recuperação saudável dos pacientes. (Dias, Rabelo, Lima, Santos, & Hoffmann, 2021).

A atuação do enfermeiro no processo de enfermagem destaca sua função como gestor do cuidado, pois possibilita a aplicação de um plano de cuidados específico e contínuo, acompanhando de perto o atendimento prestado. Sendo assim, o enfermeiro juntamente com a equipe de enfermagem tem a capacidade de aprimorar a qualidade e a orientação adequada dos cuidados, visando alcançar resultados particulares e atender às demandas individuais de cada paciente (SANTOS; LIMA, 2011).

As ações de gerência do cuidado de enfermagem são caracterizadas por atividades práticas e instrumentais, que abrangem tanto o cuidado direto quanto o indireto. Além disso, envolvem a articulação e integração de aspectos técnicos, políticos e sociais, além de promover a comunicação, o desenvolvimento da cidadania e a organização (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Desse modo, em dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recebeu o primeiro relato de uma pneumonia de causa desconhecida, originada na cidade de Wuhan, China. (VELAVAN; MEYER, 2020). À medida que esse vírus chegou em 2020 e se disseminou pelo nosso país, a pandemia da COVID-19 criou uma necessidade urgente e crescente de recursos no Sistema Único de Saúde-SUS, devido à grande demanda de cuidados intensivos incluindo a utilização de ventilação mecânica e intubação. Revelou-se uma das partes mais críticas da crise de saúde no Brasil, especialmente no que diz respeito à capacidade hospitalar (CAMPOS; CANABRAVA, 2020).

O enfermeiro está inserido neste ambiente da UTI, como um dos maiores contribuintes do exercício da gestão de cuidados prestados ao paciente internado. Além de ofertar atendimento direto, ele participa como coordenador e responsável pela equipe de Enfermagem e suas respectivas demandas, tal qual os treinamentos e desenvolvimentos desses profissionais (SILVEIRA; CONTIM, 2015).

Dessa forma, foi fundamental que o Enfermeiro possuísse um conhecimento abrangente sobre a fisiopatologia da COVID-19 e suas principais complicações, assim como compreender as diversas formas de apresentação e respostas sistêmicas da doença.

Com esse conhecimento em mãos, o enfermeiro pôde elaborar um plano de cuidados voltado para melhorar a condição dos pacientes já acometidos pela doença e também prevenir o agravamento da situação em outros casos potenciais (SILVA *et al.*, 2021).

No início, essa situação foi completamente diferente para os enfermeiros, pois eles enfrentaram um cenário desafiador, com uma grande quantidade de pacientes infectados e um sistema de saúde precário, se preocupando com materiais de proteção para os profissionais, quanto para os de cuidado e atendimento dos pacientes. Além disso, havia recursos insuficientes e escassez de conhecimento sobre a doença, seu tratamento e as melhores práticas a serem seguidas. A falta de qualificação dos enfermeiros para atuar em situações intensivas e a necessidade de profissionais habilitados para lidar com o ambiente complexo da UTI também foi uma das dificuldades para a gestão dessas unidades pelos enfermeiros (SOUSA *et al.*, 2022).

A crise da COVID-19 também apresentou desafios para as habilidades de gestão e tornou as tarefas de planejamento e organização nos setores hospitalares mais complexos para os enfermeiros, devido à demanda elevada de pacientes no sistema de saúde, algo nunca antes visto, levando a uma exaustão rápida de recursos. Essa situação resultou em conflitos administrativos e gerenciais, já que a equipe costumava operar dentro de uma programação específica em termos de tempo e número de pacientes atendidos (OLIVEIRA, 2020). Contudo, a pandemia alterou essa rotina, sobrecarregando tanto a assistência quanto a gestão.

De acordo com uma pesquisa realizada junto a enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva de um hospital público localizado em Fortaleza, mediante a aplicação de instrumentos de coleta de dados que abrangiam a caracterização da população estudada e os fatores estressores presentes no cotidiano desses enfermeiros foi observado um nível considerável de desgaste ao lidar com desafios como: atender às necessidades dos familiares, orientar o paciente para o autocuidado, orientar os familiares para cuidar do paciente, supervisionar o cuidado de enfermagem prestado, atender às emergências da unidade, enfrentar a morte do paciente, e orientar familiares de paciente crítico (MONTE *et al.*, 2013).

Apesar dos desafios, os enfermeiros foram exitosos no cuidado aos pacientes em UTI. Conforme Gomes *et al.*, (2021) a equipe teve que lidar com a implementação de diversas ações e intervenções que trouxeram uma mudança significativa na forma como os enfermeiros exercem suas atividades em relação aos pacientes. Isso inclui a criação de

comitês de crise, a separação de pacientes em diferentes áreas, o redirecionamento de recursos humanos e materiais, a adoção de atendimento via telemedicina, ajustes na escala de trabalho dos profissionais e treinamento de funcionários de outras áreas para suprir as demandas de trabalho. Essas ações resultaram em mudanças na gestão dos cuidados de enfermagem, que precisou ser adaptada à nova situação emergente nos serviços de saúde.

Pesquisa desenvolvida na Região Sul identificou algumas aproximações na atuação do enfermeiro-líder na Unidade de Terapia Intensiva COVID e na Unidade de Internação não referência. Diversas atividades foram reestruturadas, entre elas a elaboração e protocolos e fluxos, treinamento das equipes de enfermagem, dimensionamento e realocações, adequações na assistência e diferentes sentimentos vivenciados (BÁO *et al.*, 2022).

Além disso, a colaboração interdisciplinar tornou-se mais essencial do que nunca, levando a uma integração mais estreita entre enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde, originada em um cuidado mais completo e abrangente para os pacientes. Também se enfatizou a importância de ações e inovações implementadas no gerenciamento do cuidado em enfermagem na pandemia de COVID-19, da flexibilidade e adaptabilidade, com enfermeiros demonstrando uma capacidade impressionante de se ajustar a cenários em constante mudança e adoção de abordagens inovadoras para o cuidado. Esses avanços não apenas melhoraram a qualidade do atendimento, mas também ganharam um legado duradouro no gerenciamento do cuidado de enfermagem, moldando o futuro dessa profissão de maneira positiva (GOMES *et al.*, 2022)

Partindo dessa premissa, este estudo justifica-se perante a relevância de demonstrar que no meio desta crise de saúde global sem precedentes, o planeta presenciou as inovações, a flexibilidade e as contribuições essenciais trazidas pelos enfermeiros para o sistema de saúde pública, principalmente no que diz respeito ao setor da UTI. Convém mencionar que as informações disponíveis sobre as vivências das equipes de cuidados que operam em novos padrões de prestação de serviços de enfermagem, tanto em circunstâncias regulares como durante uma pandemia, são limitadas. Este entendimento é crucial para manter a excelência dos cuidados, a segurança dos pacientes, e também pode servir como guia para tomadas de decisões estratégicas acerca da implementação contínua de um novo modelo de cuidado de enfermagem (GELTMEYER *et al.*, 2022).

Ainda, cabe mencionar que o interesse em dar início a esta pesquisa surgiu a partir da minha experiência pessoal como estudante de Enfermagem, no dado momento em que vivenciei meu primeiro contato com a UTI. Nesse ambiente, pude testemunhar a rotina dos profissionais que atuam na área e suas responsabilidades, que exigem uma grande demanda de conhecimentos técnicos e científicos, além de lidarem com os sentimentos decorrentes dessa intensa sobrecarga emocional.

Para desenvolver esta pesquisa, foi formulada a seguinte pergunta norteadora que servirá como guia para o estudo: Quais os avanços no gerenciamento do cuidado da enfermagem na unidade de terapia intensiva pós-pandemia?

A partir dessa contextualização o presente trabalho tem como objetivo geral analisar a produção científica disponível na literatura acerca dos avanços no gerenciamento do cuidado da enfermagem na unidade de terapia intensiva pós-pandemia.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura (RIL) que consiste em identificar por intermédio da análise da literatura existente, a enfermagem frente ao Gerenciamento do cuidado na unidade de terapia intensiva adulto.

Essa abordagem de pesquisa possibilita a combinação de diversos estudos já publicados, permitindo obter entendimentos abrangentes sobre uma área específica de estudo, colaborando com debates acerca de técnicas e resultados de pesquisas, bem como incentivando reflexões sobre a condução de estudos futuros. Entre os diversos métodos de revisão existentes, a revisão integrativa se destaca pela sua amplitude, o que representa uma vantagem significativa, essa abordagem possibilita a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e quase-experimentais, o que resulta em uma compreensão mais abrangente do assunto em questão (MENDES *et al.*, 2008).

Desenvolvida atendendo a seis etapas de investigação, que são elas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura: 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos

incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES *et al.*, 2008).

Os procedimentos para conduzir essa pesquisa foram implementados, seguindo a pergunta principal como orientação: ***Quais os avanços no gerenciamento do cuidado da enfermagem na unidade de terapia intensiva pós-pandemia?*** Questão desenvolvida utilizando a estratégia PICO (acrônimo para patient, intervention, comparison, outcomes) onde: P) Problema, paciente, população; I) Intervenção, exposição ou tópico de interesse; C) Comparação; O) Desfecho ou resultados (SANTOS *et al.*, 2007). Dessa forma, após a execução dessa estratégia foi obtido como resultado: População: enfermeiros gestores; Intervenção: processo de gestão pelos enfermeiros; Comparação: sem comparação e, Outcomes: desenvolver um gerenciamento do cuidado com qualidade.

Os artigos foram selecionados durante o processo de coleta na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE, utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem; Gerenciamento; Unidades de Terapia Intensiva e Pandemia associadas ao operador booleanos AND.

A revisão integrativa se destaca pela análise metódica dos dados selecionados. Para avaliar os artigos elegíveis para compor a revisão, foi aplicado um formulário que inclui informações como tipo do artigo, objetivo, idioma, autor e avaliação das evidências atendidas. No tópico de resultados, uma análise crítica das fontes de evidências é apresentada, juntamente com uma síntese dos resultados encontrados. A discussão engloba um resumo dos documentos, bem como as capturas acomodadas durante o estudo. Além disso, inclui uma interpretação geral dos dados em relação às questões e objetivos da revisão. Esse processo garante uma abordagem rigorosa e criteriosa na obtenção de resultados consistentes. A coleta e análise dos artigos foi realizada entre os meses de setembro a novembro de 2023.

O quadro 1 mostra como os descritores foram combinados em cada base de dados. Foram selecionados artigos publicados de 2020 a 2023, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis gratuitamente e na íntegra em texto completo, contendo eletronicamente nas bases de dados mencionados, e que alcançaram os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem; Gerenciamento; Unidades de Terapia Intensiva; Pandemia. Quanto aos critérios de exclusão: artigos que foram

publicados anteriormente ao período citado, e produções que não abordaram o tema central da pergunta orientada.

Após a combinação dos descritores, foram encontrados um total de 33 estudos. Destes, (27) na base MEDLINE, (3) na BDENF e (3) na LILACS.

Quadro 1: Cruzamento dos descritores por base de dados

| Base de dados                           | Cruzamento dos descritores                                                                |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)<br>33 | (enfermagem) AND (gerenciamento) AND<br>(unidades de terapia intensiva) AND<br>(pandemia) |

Fonte: Autoras.

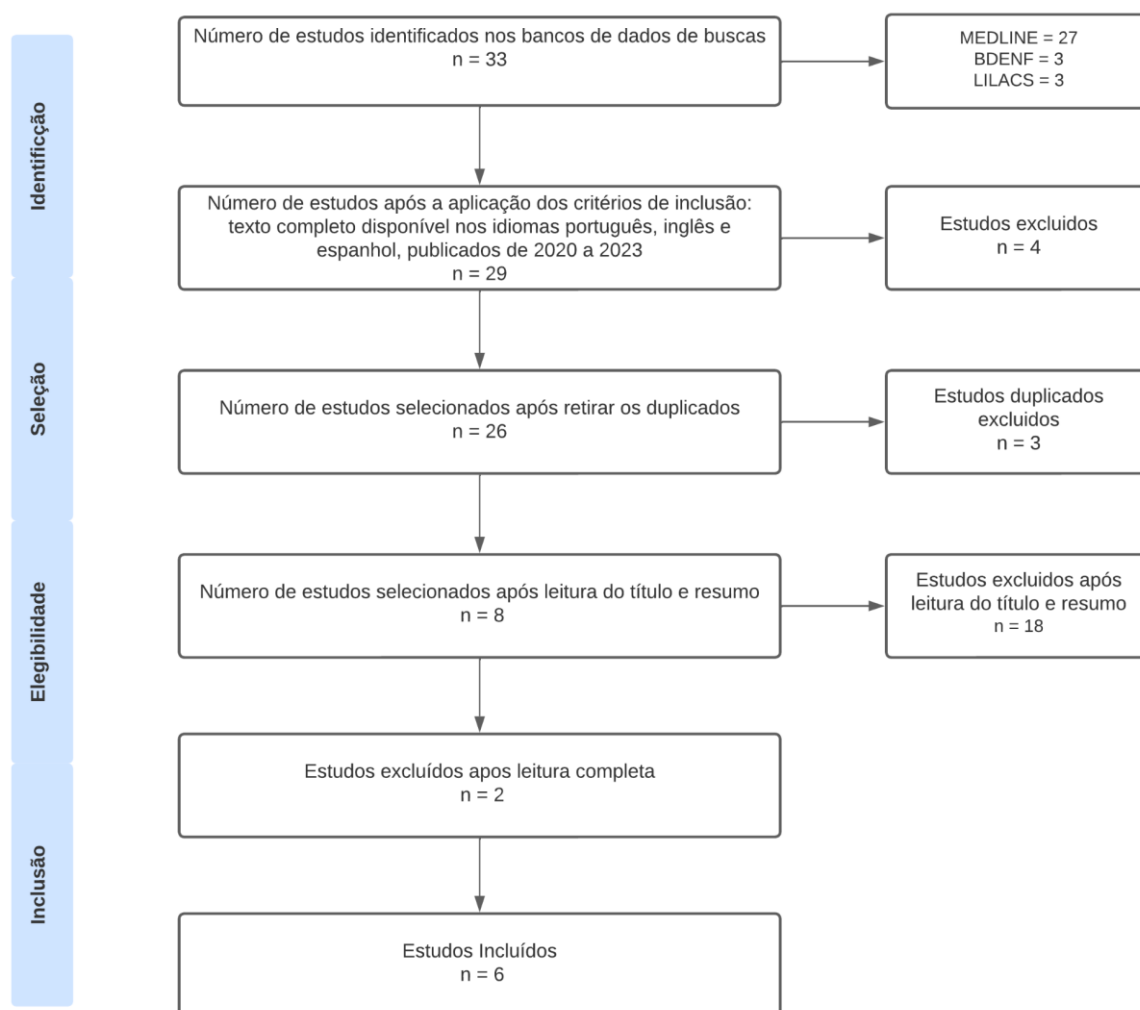
As referências foram exportadas das bases de dados selecionadas para o aplicativo da web Rayyan, onde foram eliminadas as duplicatas.

Conforme apontado pela Revisão Integrativa da Literatura, após uma análise abrangente de todos os títulos e resumos reunidos, procedeu-se à verificação minuciosa dos artigos na sua totalidade, considerando os critérios de inclusão, exclusão e o propósito estabelecido.

Os dados foram organizados em tabelas e, em seguida, submetidos a uma análise precisa, considerando as questões e o propósito da pesquisa, com especial atenção à qualidade dos estudos incorporados.

A Figura 1 apresenta o número de estudos escolhidos e as bases de dados correspondentes onde foram localizados. Além disso, delineia o processo passo a passo que foi seguido, aplicando os critérios de inclusão e exclusão, culminando no total de estudos incorporados à amostra final, conforme proposto o PRISMA.

Figura 1 – Fluxograma das etapas de seleção e exclusão das produções



Fonte: Autoras.

Os materiais pré-selecionados foram submetidos a uma revisão minuciosa, com análise crítica e organização dos dados em uma tabela. As informações extraídas para uma tabela foram: país de origem, autores, ano de publicação, periódico, título, objetivos, tipo de pesquisa, nível de evidência e resultados obtidos.

Quanto ao nível de evidência dos estudos selecionados, observou a seguinte classificação: meta-análises (nível 1), experimentais (nível 2), quase experimentais (nível 3), descritivos ou qualitativos (nível 4), relatos de caso (nível 5) e baseados em opiniões de especialistas (nível 6) (PEREIRA; GALVÃO, 2014).

Convém mencionar que os dados que serão utilizados neste estudo são de domínio público e estão disponíveis com acesso livre na internet, não foi necessária submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme artigo 1º da Resolução nº 510, 07 de abril de 2016.

### 3 RESULTADOS

Foram selecionadas 06 produções para compor o estudo. O quadro 2 mostra as particularidades dos estudos em relação ao país de origem, autores, ano de publicação, periódico, título, objetivos, tipo de pesquisa, nível de evidência e resultados obtidos.

Quadro 2: Características dos estudos selecionados para composição da pesquisa

| <b>País, Autor, Ano</b>              | <b>Periódico</b>              | <b>Título</b>                                                                                              | <b>Objetivo</b>                                                                                                                                   | <b>Tipo de Pesquisa/<br/>Nível de Evidência</b> | <b>Resultados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| China, CHEN <i>et al.</i> , 2020     | Ann Palliat Med               | Application of the PDCA cycle for standardized nursing management in a COVID-19 intensive care unit.       | Padronizar e melhorar a qualidade e o desempenho da enfermagem.                                                                                   | Estudo transversal (Nível 3)                    | A excelência dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem está diretamente ligada à eficiência da administração na área. Utilizando o ciclo PDCA como uma estratégia valiosa na gestão, é possível uniformizar os procedimentos na gestão de enfermagem na UTI COVID-19, promovendo o desenvolvimento e a implementação de métodos de gestão eficazes. |
| China, PAN <i>et al.</i> , 2020      | Annals Of Palliative Medicine | Clinical outcome of standardized oxygen therapy nursing strategy in COVID-1                                | Explorar os resultados clínicos de pacientes com COVID-19 tratados com oxigenoterapia padronizada em um único centro.                             | Estudo transversal (Nível 3)                    | 27 pacientes (90,00%) foram curados e receberam alta; 3 pacientes (10,00%) que continuaram internados estabilizaram-se com alívio dos sintomas. A saturação de oxigênio na ponta do dedo foi de $94,80\% \pm 3,49\%$ na admissão na UTI e $97,8\% \pm 1,27\%$ quando transferidos da UTI após oxigenoterapia padronizada ( $P < 0,005$ ).                  |
| Brasil, LAZZARI <i>et al.</i> , 2022 | Revista Gaúcha de Enfermagem  | Reorganização do trabalho da enfermagem em uma unidade de terapia intensiva durante a pandemia de Covid-19 | Descrever a reorganização do trabalho da enfermagem de uma unidade de terapia intensiva de um hospital público em função da pandemia de Covid-19. | Estudo de rastreamento (Nível 4)                | A pandemia de COVID-19 trouxe diversos desafios para os enfermeiros, especialmente na gestão de terapia intensiva, onde a falta de orientações claras e validadas os forçou a compensar seus métodos de trabalho. Este relato destacou a necessidade de questionamentos e evidenciou que a gestão de áreas críticas durante crises                         |

|                                         |                                               |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         |                                               |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                           |                                                      | como essa pandemia resultará em mudanças na organização dos enfermeiros intensivistas, especialmente em relação à governança compartilhada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Bélgica, GELTMEYER <i>et al.</i> , 2022 | Journal Of Advanced Nursing                   | Implementing mixed nursing care teams in intensive care units during COVID-19: A rapid qualitative descriptive study.  | Obter informações sobre as opiniões e experiências de uma equipe de terapia intensiva que trabalha em um novo modelo de prestação de cuidados de enfermagem durante as ondas da COVID-19. | Estudo Descritivo Qualitativo (Nível 4)              | A sensação de perda de controle sobre a prática clínica ao trabalhar em equipes mistas de enfermagem é influenciada por diferentes experiências subjacentes, como lidar com elementos desconhecidos, ambiguidade de papéis, luta com responsabilidades e ausência de confiança. A equipe de cuidados de enfermagem desenvolveu vários mecanismos de enfrentamento para lidar com essas experiências, incluindo a busca por estabilidade, encontrar um equilíbrio entre delegação e educação, construção de controle e comunicação aberta. |
| Brasil, MORITZ <i>et al.</i> , 2023     | Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro | Necessidades humanas básicas afetadas e diagnósticos de enfermagem da NANDA-I para pacientes graves com covid-19       | Identificar as Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas e os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I para pacientes com covid-19 internados em unidade de terapia intensiva.            | Estudo, descritivo (Nível 4)                         | Foram identificadas sete Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas afetadas e 15 Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes associados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Brasil, GNATTA <i>et al.</i> , 2023     | Revista Latino-Americana de Enfermagem        | Segurança dos profissionais de enfermagem e do paciente diante da pandemia de COVID-19 em unidade de terapia intensiva | Avaliar a segurança dos profissionais de enfermagem e a cultura de segurança do paciente durante a atuação profissional no atendimento de pacientes suspeitos ou com COVID-19.            | Estudo de etiologia / Estudo observacional (Nível 4) | O tempo de experiência dos enfermeiros mostrou-se correlacionado com menor incidência de infecção por COVID-19. A percepção da cultura de segurança do paciente, incluindo as expectativas em relação aos supervisores/chefes, práticas de aprendizado contínuo, apoio à gestão e comunicação sobre erros, esteve ligada à participação em treinamentos para lidar com pacientes suspeitos ou infectados pelo vírus. Investir em estratégias                                                                                              |

|  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  | que promovam a cultura de segurança, como treinamento regular e melhorias nos processos de trabalho, foi crucial para garantir ambientes mais seguros tanto para os profissionais quanto para os pacientes, e para aumentar a sensação de segurança no trabalho. |
|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Os estudos selecionados e examinados foram resumidos e classificados da seguinte maneira: três (50%) foram realizados internacionalmente e três (50%) nacional. A maioria das publicações, três artigos (50%), é de origem brasileira. Em seguida, dois (33,3%) são da China e um (16,6%) da Bélgica. Todos os artigos foram publicados em inglês. Em relação ao tipo de estudo, dois (33,3%) foram transversais, dois (33,3%) descritivos, um (16,66%) de rastreamento e um (16,66%) de abordagem etiológica/observacional. O Quadro 2 apresenta as principais estratégias de ensino-aprendizagem dos estudos incluídos na pesquisa. Quanto ao nível de evidência, quatro publicações têm nível 4, pois são estudos de rastreamento, descritivos qualitativos ou observacionais, e duas têm nível 3, que se refere a estudos transversais.

#### 4 DISCUSSÃO

Com base na análise dos resultados, foram elaborados dois temas principais: 1) Avanços no gerenciamento do cuidado da enfermagem na unidade de terapia intensiva pós-pandemia; 2) "Transformando Cuidados: Estratégias Inovadoras de Enfermagem para a Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde".

#### **Avanços no gerenciamento do cuidado da enfermagem na unidade de terapia intensiva pós-pandemia**

A partir da análise das produções foi possível evidenciar avanços no gerenciamento do cuidado de enfermagem. Durante o início da pandemia da COVID-19, os enfermeiros enfrentaram uma demanda constante para se manterem atualizados com as melhores práticas e evidências disponíveis, enquanto se adaptavam à reorganização dos procedimentos de cuidado e se engajavam em ações de educação permanente.

Os estudos abrangeram diversos aspectos desde as necessidades de reorganização de uma UTI, realocação de recursos físicos, materiais e definição de novos fluxos de

trabalho, reestruturação de ações da equipe de enfermagem, em prol da governança participativa (LAZZARI et.al., 2022), também foi abordada a segurança dos profissionais de enfermagem e a cultura de segurança do paciente durante a atuação profissional no atendimento de pacientes suspeitos ou com COVID-19 (GNATTA et.al., 2023). Em consonância com esta investigação, estudo realizado por Chen et.al. (2020), buscando corroborar com a gestão dos cuidados de saúde, adotou o ciclo PDCA como uma ferramenta capaz de contribuir para a condução da gestão de enfermagem e assim melhorar a qualidade e aumentar a taxa de sobrevivência dos pacientes em uma unidade de terapia intensiva (UTI) para pacientes com doença grave por coronavírus 2019 (COVID-19). A conduta dos enfermeiros diante do cuidado aos pacientes críticos, pautadas em conhecimentos técnico-científicos, oportunizaram avanços na gestão do cuidado de enfermagem.

Houve diferenças estatisticamente notáveis em várias áreas avaliadas pelo "Hospital Survey on Patient Safety Culture" HSOPSC. Especificamente, ao examinar a "Segurança do profissional e do paciente", foi observado que os enfermeiros receberam treinamento sobre o uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), técnicas de higiene das mãos e medidas de prevenção específicas para a COVID-19, essenciais para estabelecer procedimentos mais seguros tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes, e para aprimorar a sensação de segurança no ambiente de trabalho (GNATTA *et al.*, 2023).

Além disso, uma perspectiva alternativa foi apresentada, no qual os profissionais de saúde vivenciaram desafios significativos, sentindo que sua capacidade de gerenciar a prática clínica estava comprometida. Isso incluiu lidar com situações desconhecidas, papéis ambíguos, responsabilidades sobrecarregadas e uma sensação de falta de confiança. A introdução de uma nova rotina de cuidados de saúde inicialmente causou confusão e preocupação, especialmente para os enfermeiros especializados, diante da crise contínua, do aumento do número de pacientes e da necessidade de supervisão constante. Para lidar com esses desafios, a equipe adotou várias estratégias, como buscar estabilidade, equilibrar a delegação de tarefas e a educação, estabelecer controle e promover uma comunicação aberta. Com a implementação de equipes multiprofissionais, o objetivo foi garantir uma combinação adequada de habilidades entre enfermeiros especializados e auxiliares para proporcionar cuidados seguros (GELTMEYER *et al.*,

2022). A preocupação com a qualidade da assistência em meio a essas condições adversas também geraram sentimentos de culpa e frustração.

O estudo de Backes et.al. (2021) sinalizou para as dificuldades enfrentadas pela profissão de enfermagem, como a sobrecarga de trabalho e a falta de pessoal, foram intensificadas com a chegada de novos desafios, como lidar com uma patologia ainda desconhecida e enfrentar uma alta demanda por cuidados complexos. Além disso, o alto número de ausências e a rotatividade de funcionários agravam ainda mais a situação, contribuindo para o esgotamento profissional e riscos à saúde

Assim, os progressos e táticas se revelaram essenciais, pois conseguiram transformar e aprimorar a realidade experimentada, impactando positivamente o futuro da profissão. Isso fica evidente na pesquisa de Dolić, Antičević e Pogorelić (2022), em que foi evidenciado que a atuação da equipe de enfermagem durante a pandemia resultaram em melhorias significativas na administração do cuidado e na entrega de serviços aos pacientes, ao mesmo tempo em que demonstraram eficácia na redução do estresse durante esse período desafiador.

A situação pandêmica destacou a presença de pacientes com características e necessidades específicas, enfatizando a relevância do Processo de Enfermagem (PE) para sua assistência. Ao observar as Necessidades Humanas Básicas (NHB) comprometidas, identificadas através da revisão das anotações da equipe de saúde nos registros eletrônicos, o PE torna-se crucial. A aplicação do Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a execução do PE facilitam o planejamento de uma assistência de qualidade direcionada aos pacientes críticos na UTI. Além disso, reconhecer as NHB afetadas é fundamental para o gerenciamento do cuidado e para decisões clínicas informadas. Isso ressalta a importância de avaliar o paciente de forma holística e individualizada, promovendo a designação de diagnósticos de enfermagem centrados na pessoa como um todo e em sua complexidade (MORITZ *et al.*, 2023).

Os estudos convergem para o fato de que houve progressos notáveis, entre eles a aplicação de novas tecnologias para melhorar o cuidado ao paciente, a concentração na saúde mental de pacientes e profissionais, e uma maior cooperação interdisciplinar para lidar com os desafios enfrentados na saúde pública. Além disso, a enfermagem, com o aumento da visibilidade nas mídias sociais, teve mais visibilidade nacional, assim ganhando mais voz, buscando garantir a equidade e o acesso universal ao cuidado. Estes

avanços mostram um apreço crescente pela profissão e pelo seu papel essencial na promoção da saúde e no enfrentamento dos desafios globais.

### **Transformando Cuidados: Estratégias Inovadoras de Enfermagem para a Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde**

Para assegurar que as estratégias de enfermagem sejam implementadas de forma eficaz e precisa, os enfermeiros devem estar comprometidos com a melhoria contínua da qualidade. A aplicação de estratégias ajuda a estabelecer padrões na gestão de enfermagem na UTI COVID-19, permitindo o desenvolvimento e a aplicação de abordagens eficazes de gestão.

Os estudos selecionados evidenciaram a preocupação quanto à qualificação do cuidado. Investigações desenvolvidas por Chen *et al.* (2020) e Pan *et al.* (2020), demonstram que a capacidade da enfermagem desempenha um papel crucial na qualidade global dos serviços de saúde e é um indicador chave para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde.

A excelência da assistência de enfermagem é essencial para garantir a qualidade global dos serviços de saúde. O método PDCA, composto pelas etapas de Planejamento, Execução, Verificação e Ação, é uma ferramenta fundamental para promover melhorias contínuas na gestão da qualidade. Ao ser aplicado na padronização dos cuidados de enfermagem, esse ciclo contribui diretamente para aprimorar a qualidade dos serviços e aumentar as chances de recuperação dos pacientes (CHEN *et al.*, 2020). Este estudo mostra a preocupação com a utilização de ferramentas de gestão para aprimorar a excelência da enfermagem, pois está diretamente ligada à qualidade da administração na área.

Também houve a preocupação em qualificar o cuidado, por meio da adoção de medidas de intervenção ágeis. A estratégia de enfermagem padronizada para oxigenoterapia é projetada para aliviar os sintomas típicos da Síndrome Respiratória Aguda. Ela se concentra em iniciar a oxigenoterapia mais cedo no curso da doença, empregando uma variedade de técnicas de oxigenação logo que possível, com uma atenção especial à avaliação dos resultados do tratamento pelos enfermeiros. A melhoria dos sintomas serve como um indicador-chave para iniciar o processo da reabilitação pulmonar dos pacientes. Ao seguir protocolos de enfermagem adaptados às diferentes

formas de oxigenoterapia, não apenas se assegura a eficácia do tratamento, mas também se ressalta a importância da observação contínua durante todo o processo de cuidado (PAN *et al.*, 2020). Estudo de Lima *et al.*(2024), também evidenciou o uso de protocolos para otimizar e qualificar a gestão do cuidado de enfermagem, no qual desenvolver protocolos assistenciais é fundamental para uniformizar os cuidados fornecidos pelos enfermeiros e pela equipe de enfermagem. Possibilitando a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), aspecto essencial para garantir a qualidade e minimizar os riscos.

Diversas medidas foram adotadas para otimizar a gestão da UTI COVID-19, incluindo a definição de áreas limpas e contaminadas, a implementação de armários específicos para calçados, a atribuição clara de funções e responsabilidades, a organização da equipe de trabalho, o treinamento contínuo dos profissionais, a disposição estratégica dos equipamentos, a melhoria na transição entre turnos, a comunicação visual por meio de quadros de aviso e o uso de armários exclusivos para medicamentos. Como resultado dessas medidas, houve uma significativa melhoria na conscientização sobre a contaminação viral, no aprimoramento das habilidades profissionais, na clareza das responsabilidades e na qualidade do atendimento de enfermagem (CHEN *et al.*, 2020). Essas melhorias não apenas fortalecem a capacidade de resposta a crises de saúde, mas também promovem uma assistência mais segura e qualificada em todos os níveis de cuidado.

Outro aspecto relevante foi destacado por Gnatta *et.al.*(2022), com vistas a fortalecer o cuidado de enfermagem, os quais valorizaram a necessidade do trabalho em equipe, a fim de potencializar os cuidados aos pacientes críticos, além da participação ativa da gestão na condução do cuidado por meio do estabelecimento de fluxos seguros aos profissionais e pacientes. Também sinalizou que a tomada de decisão exercida pelos gestores impactou diretamente na percepção de um ambiente seguro de assistência à saúde.

Cabe mencionar que a maioria das estratégias já eram utilizadas pelos enfermeiros, porém foi necessário adequar sua forma de implementação prática para dar conta do cenário crítico vivenciado. Pois a pandemia impôs uma série de desafios, alterando suas rotinas de trabalho devido às restrições de contato físico e às novas diretrizes de saúde pública. Essas mudanças exigiram flexibilidade e uma rápida

adaptação por parte dos enfermeiros para garantir a segurança e o bem-estar tanto dos pacientes quanto de si mesmos.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Durante a pandemia de Covid-19, surgiu uma oportunidade para melhorar o ambiente de trabalho dos enfermeiros, não apenas enfrentando uma crise, mas também buscando aprimorar a prática de enfermagem.

Entre os estudos selecionados, três (50%) foram realizados no cenário nacional, dois (33,3%) são da China e um (16,6%) da Bélgica. Todos os artigos foram publicados na língua inglesa. Em relação ao tipo de estudo, dois (33,3%) foram transversais, dois (33,3%) descritivos, um (16,66%) de rastreamento e um (16,66%) de abordagem etiológica/observacional.

Os estudos destacam avanços notáveis na enfermagem durante a pandemia, incluindo a adoção de novas tecnologias para melhorar o cuidado ao paciente, maior atenção à saúde mental e cooperação interdisciplinar. A profissão também fortaleceu sua influência na formulação de políticas de saúde, buscando equidade e acesso universal aos cuidados. Esses avanços refletem um reconhecimento crescente do papel essencial dos enfermeiros na promoção da saúde e na superação de desafios globais.

A partir dos artigos foi possível identificar mudanças positivas, como o aprimoramento das habilidades dos profissionais e enfermeiros, alcançadas por meio de treinamentos e capacitações. Adicionalmente, houve um aumento na disponibilidade de leitos e a implementação de novos procedimentos de atendimento. Para lidar com os pacientes infectados pelo novo coronavírus, foram tomadas medidas para adaptar o espaço físico e garantir o uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).

Essas descobertas destacam o comprometimento dos profissionais e gestores de saúde na realização de ajustes estruturais e reorganização dos processos de assistência hospitalar durante esse período desafiador. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a formulação de estudos futuros visando aprimorar ainda mais a prática da enfermagem.

## **REFERÊNCIAS**

BACKES, Marli Terezinha Stein; HIGASHI, Giovana Dorneles Callegaro; DAMIANI, Patrícia da Rosa; MENDES, Janifer Souza; SAMPAIO, Lucimar de Souza; SOARES, Gustavo Lopes. Working conditions of Nursing professionals in coping with the Covid-19

pandemic. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 42, n. , p. 42-42, 18 jun. 2021. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; CANABRAVA, Claudia Marques. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 146-160, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020e409>

CHEN, Yihong; ZHENG, Jili; WU, Dingyun; ZHANG, Yuxia; LIN, Ying. Application of the PDCA cycle for standardized nursing management in a COVID-19 intensive care unit. **Annals Of Palliative Medicine**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 1198-1205, maio 2020. AME Publishing Company.

<http://dx.doi.org/10.21037/apm-20-1084>.

CHRISTOVAM, Barbara Pompeu; PORTO, Isaura Setenta; OLIVEIRA, Denise Cristina de. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 46, n. 3, p. 734-741, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342012000300028>

CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Márcia Galan. Fatores intervenientes na produção do cuidado em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 120-124, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500021>

DIAS, C.F.C., Rabelo, S. K., Lima, S. B. S., Santos, T.M., & Hoffmann, D. R. (2021). Gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, 4 (2), 5980-5986.

DOLIĆ, Matea; ANTIČEVIĆ, Vesna; DOLIĆ, Krešimir; POGORELIĆ, Zenon. The Impact of Sociodemographic Characteristics on Coping Strategies Used by Nurses Working at COVID and Non-COVID Hospital Departments during COVID-19 Pandemic: a cross-sectional study. **Healthcare**, [S.L.], v. 10, n. 6, p. 1144, 20 jun. 2022. MDPI AG.

<http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10061144>.

GELTMEYER, Klara; DEHENNIN, Laurence; VANACKER, Tom; GOEDERTIER, Hilde; VERHAEGHE, Rik; BENOIT, Dominique; MALFAIT, Simon. Shifting Nursing Care Models as a Solution for the Increasing Demand on Intensive Care Unit Beds During a Pandemic. **Dimensions Of Critical Care Nursing**, [S.L.], v. 41, n. 2, p. 110-114, mar. 2022. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/dcc.0000000000000513>.

GELTMEYER, Klara; NEYRINCK, Dries; BENOIT, Dominique; MALFAIT, Simon; GOEDERTIER, Hilde; DUPREZ, Veerle. Implementing mixed nursing care teams in intensive care units during COVID-19: a rapid qualitative descriptive study. **Journal Of Advanced Nursing**, [S.L.], v. 78, n. 10, p. 3345-3357, 28 jun. 2022. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.15334>.

GOMES, Thiago Araújo; AMESTOY, Simone Coelho; LACERDA, Mariane Valesca de Menezes; SANTOS, Ises Adriana Reis dos; LIMA, Kátia Simoni Bezerra; SOARES, Wilber Leonidas Passos. Ações e inovações implementadas no gerenciamento do cuidado em enfermagem na pandemia de COVID-19. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 5, p. 21611528064, 4 abr. 2022. Research, Society and Development.

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28064>.

GNATTA JR, Vieira RCA, Santos LSC, Penha SL, Sanchez GN, Oliveira JC, et al. Safety of nursing professionals and patient facing COVID-19 pandemic in critical care unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2023;31:e3861.

<https://doi.org/10.1590/1518-8345.6317.3861>

LAZZARI DD, Galetto SGS, Perin DC, Santos JLG, Becker A, Acosta CM. Reorganização do trabalho da enfermagem em uma unidade de terapia intensiva durante a pandemia de Covid-19. **Rev Gaúcha Enferm**. 2022;43:e20200179.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200179.pt>

LIMA, Fernando Conceição de; NEVES, Wagner Felipe dos Santos; DIAS, André Lucas de Lima; MENDES, Clarissa Porfírio; SIMOR, Alzinei; PIMENTEL, Ingrid Magali de Souza; SONOBE, Helena Megumi; SANTANA, Mary Elizabeth de. Protocolo de cuidados de enfermagem para usuários críticos com traqueostomia em ventilação mecânica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 77, n. 2, p. 0-0, 2024. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0337pt>.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>.

METHLEY, AM, Campbell, S., Chew-Graham, C. et al. PICO, PICOS e SPIDER: um estudo comparativo de especificidade e sensibilidade em três ferramentas de busca para revisões sistemáticas qualitativas. **BMC Health Serv Res** 14 , 579 (2014).

<https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>

MONTE, Paula França; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira; NEVES, Fernanda Macedo de Oliveira; STUDART, Rita Mônica Borges; DANTAS, Rodrigo Tavares. Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 26, n. 5, p. 421-427, 2013. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002013000500004>

MOREIRA, Rafael da Silveira. Covid-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 1-12, 2020.

DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00080020>.

Moritz AC, Paiano da Silva LAG, Ross C, et al. Necessidades humanas básicas afetadas e diagnósticos de enfermagem da NANDA-I para pacientes graves com COVID-19: **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2022;13:e4670.

DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v13i0.4670>

OLIVEIRA AC. Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da COVID19. **REME Rev Min Enferm**. 2020; 24:e-1302. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200032>

PAN, Wenyan; LI, Jingjing; OU, Yufeng; WU, Yitao; CAI, Shining; ZHANG, Yuxia; WANG, Chunling. Clinical outcome of standardized oxygen therapy nursing strategy in COVID-19. **Annals Of Palliative Medicine**, [S.L.], v. 9, n. 4, p. 2171-2177, jul. 2020. AME Publishing Company.

<http://dx.doi.org/10.21037/apm-20-1272>.

PETERS, M.D.J. et al. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBIM Manual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020.

<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

PEREIRA MG, Galvão TF. Steps on searching and selecting studies

for systematic reviews of the literature. **Epidemiol Serv Saude**.

2014;23(2):369-71.

PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 62, n. 5, p. 739-744, out. 2009. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672009000500015>.

PRETTO BÃO, A. C.; CANDATEN, A. E.; MONTEIRO, D. da R.; AMESTOY, S. C. LIDERANÇA DE ENFERMEIROS NO ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM UM HOSPITAL NA REGIÃO SUL DO BRASIL. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 36, 2022. DOI: 10.18471/rbe.v36.37761.

<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37761>.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 60, n. 2, p. 221-224, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672007000200018>.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 15, n. 3, p.508-511, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO).

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

SANTOS, José Luís Guedes dos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 32, n. 4, p. 695-702, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472011000400009>.

SILVA, Alexsandra Martins da; BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho; SILVA, Tatiana Gaffuri da; AMANTE, Lúcia Nazareth; JESUS, Stefhanie Conceição de. Diagnósticos de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: foco no problema e nos riscos. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 26-32, 11 jun. 2021. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2021.v12.n1.3506>.

SILVA, Héllian Sodrê da; SANTOS, Alef Almeida dos; NUNES, Néllson dos Santos; LUNA, Aline Affonso. Intervenções de enfermagem relacionadas à ventilação mecânica em pacientes graves acometidos por covid-19 - Nursing interventions related to mechanical ventilation in serious patients affected by covid-19. **Revista Eletrônica de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde**, [S.L.], v. 2, p. 36-48, 14 maio 2021. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2675-4932.rectis.v2.10945>.

SOUSA, Derijulie Siqueira de; VAEZ, Andreia Centenaro; CARVALHO, Thialla Andrade; JESUS, Carla Viviane Freitas de; BARRETO, Íkaro Daniel de Carvalho; GOMES, Margarete Zanardo; REIS, Francisco Prado. Percepção dos profissionais de saúde sobre condições de trabalho durante o enfrentamento da COVID-19 nas maternidades públicas de Aracaju/SE. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 36111326624, 26 fev. 2022. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26624>.

VELAVAN, Thirumalaisamy P.; MEYER, Christian G.. The COVID?19 epidemic. **Tropical Medicine & International Health**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 278-280, 16 fev. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.13383>.



**Capítulo 11**  
**CONTRIBUIÇÕES DO ENVOLVIMENTO DO PACIENTE PARA  
SUA SEGURANÇA NO PROCESSO DE CUIDAR**

*Sabrina Santos do Nascimento*

*Simone Coelho Amestoy*

*Ana Cristina Pretto Bão*



# CONTRIBUIÇÕES DO ENVOLVIMENTO DO PACIENTE PARA SUA SEGURANÇA NO PROCESSO DE CUIDAR

*Sabrina Santos do Nascimento*

*Simone Coelho Amestoy*

*Ana Cristina Pretto Bão*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A segurança do paciente, visa minimizar os riscos de prejuízos evitáveis ao paciente associados ao cuidado em saúde. Nesse contexto, a pandemia da COVID-19 fortaleceu a temática, dando-lhe bastante visibilidade na busca por desfrenar o contágio entre profissionais e pacientes, requerendo colaboração de ambas as partes. **OBJETIVO:** identificar na produção científica as contribuições do envolvimento do paciente para sua segurança no processo de cuidar. **MÉTODO:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura cujos critérios de inclusão são produções no formato de artigos científicos, que abordam as contribuições do envolvimento do paciente para sua segurança no processo de cuidar, publicados entre 2019 e 2023, em acesso livre, on-line, na íntegra, disponíveis em português, espanhol ou inglês. **RESULTADOS:** 15 estudos foram selecionados, a maioria publicados na língua inglesa (n:13) e dois deles em português, no período compreendido entre 2019 e 2024. Em relação aos países, quatro publicações eram dos Estados Unidos, quatro do Brasil, três da Coreia do Sul, e a Dinamarca, Austrália, Suécia e Finlândia tiveram uma publicação cada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Boa parte das publicações evidenciaram o reconhecimento do envolvimento do paciente como substancial para sua segurança e aprimoramento do cuidado. Dentre as contribuições do paciente estão: informar sobre seu histórico de saúde, sinais e sintomas, tirar dúvidas a respeito da assistência prestada, estar atentos e informados sobre os comportamentos propensos a risco, identificar erros como os de medicações e de informações registradas incoerentes, participar do planejamento e implementação de intervenções, e por fim, avaliar continuamente os cuidados ofertados.

## **INTRODUÇÃO**

Levando em consideração a prioridade atribuída à segurança do paciente nos serviços de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil, foi instituído por meio da Portaria Nº 529/2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a fim de proporcionar uma assistência segura, aprimorando o cuidado em saúde em todo território nacional (BRASIL, 2013).

Entende-se por segurança do paciente, de modo geral, a busca por minimizar os riscos de prejuízo evitáveis ao paciente associados ao processo de cuidado em instituições de saúde. Assim, a Cultura de Segurança mencionada na portaria torna-se um incremento ao alcance de seus objetivos quando propõe a autorresponsabilidade dos trabalhadores, a notificação de incidentes efetuadas pelos próprios profissionais, avaliação dos processos de trabalho que ferem a segurança do paciente, para que haja identificação e resolução de impasses no cuidado prestado, priorizando o paciente e a valorização da qualidade na assistência (BRASIL, 2013).

É válido ressaltar, que a segurança é uma dimensão inserida no conjunto das boas práticas em saúde e busca suprir as necessidades e as expectativas oriundas do paciente primando por um resultado positivo. Deste modo, os profissionais de saúde atuam a partir da junção de teorias, técnicas e práticas evidenciadas como as melhores opções disponíveis para o exercício do cuidado em saúde, considerando o contexto e o ambiente ao qual a assistência é proporcionada (BRANDÃO *et al.*, 2019).

Seguindo esse novo enfoque, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) disponibilizou a RDC 36 que estabelece ações a serem executadas por serviços de saúde com objetivo de promover a segurança do paciente e otimizar a qualidade dos serviços. Dentre as disposições estão a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) envolvendo atividades como: segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, segurança cirúrgica, higiene das mãos e prevenção de quedas. (BRASIL, 2013).

Além disso, a identificação correta do paciente, uso de checklist para cirurgias seguras, qualificação profissional, capacitação para prevenção de lesões por pressão e higienização das mãos são demais ações previstas pelo PSP e apontadas por enfermeiros como boas práticas de segurança em diversos estudos (BOAVENTURA *et al.*, 2023; DUARTE *et al.*, 2020; COMPOI *et al.*, 2019; NUNES *et al.*, 2019; GUTIERRES *et al.*, 2018).

Contudo, dentre os desafios que a mudança impõe, alguns autores apontam a postura punitiva que ainda impera em algumas instituições e que não favorece um ambiente que proporciona o amadurecimento dos profissionais quanto aos conceitos, comportamentos e ações recomendados pela política. Desse modo, a contraposição aos objetivos apresentados pela PNSP é inevitável, gerando por exemplo: a subnotificação de eventos adversos nos serviços como consequência do receio dos profissionais à resposta dos gestores, o que pode interferir na implementação de boas práticas que fomentem a segurança do paciente (SANCHIS *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2018).

Um fator complementar e crucial para temática, foi que diante a tantas incertezas, a pandemia da COVID-19 trouxe bastante visibilidade ao debate sobre a segurança do paciente, causando muita preocupação e articulação nos serviços para desacelerar o contágio entre os pacientes e profissionais, ao mesmo tempo que tentavam suprir as demandas de atendimento, desafiando a enfermagem na gestão do cuidado (BÁO *et al.*, 2020).

Estudos relataram a trajetória de alterações dentro das unidades, na assistência e no comportamento vivenciado por profissionais da enfermagem, na tentativa de abarcar as necessidades surgidas com a disseminação em massa do novo coronavírus. A implantação do comitê de crise, o uso adequado do equipamento de proteção individual (EPI), reforço da lavagem das mãos; criação de protocolos para higiene do ambiente; mudança do fluxo de pacientes com suspeitas ou contaminados de COVID-19, contratação de pessoal; aumento de número de leitos, capacitação continuada da equipe, foram algumas das modificações descritas para garantir a segurança de profissionais e pacientes, assim como o melhor atendimento e funcionamento dos estabelecimentos (PARREIRA *et al.*, 2020; ARAUJO; BOHOMOL; TEIXEIRA, 2020).

Desse modo, avaliar continuamente as intervenções implementadas nas instituições é fundamental para garantir a manutenção e o progresso na qualidade do cuidado tornando-o mais seguro, pois à medida que as fragilidades são esclarecidas gera-se possibilidades de intervenções específicas e eficazes, além de medidas preventivas. (BRÁS *et al.*, 2023).

Para mais, o incentivo da participação ativa dos usuários dos serviços no processo de redução de eventos adversos constitui um grande aliado no gerenciamento do cuidado na prevenção de riscos, além de ser apontado como um dos objetivos almejados pela PNSP (LE MOS *et al.*, 2018).

Envolver o paciente no próprio processo de cuidado é torná-lo parte de sua assistência e exige corresponsabilidade, cuidado individualizado e estratégias para desenvolver sua participação. Assim, o comprometimento do usuário na tomada de decisão, criação de um plano de cuidado, execução das orientações prestadas e melhoria da comunicação com o serviço, permite a identificação de suas necessidades, intervenções apropriadas e um cuidado seguro (CARVALHO *et al.*, 2021).

Alinhado a essa perspectiva, um estudo realizado em Manaus (AM) que buscou identificar os incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) revelou que os usuários estavam envolvidos em 82% dos incidentes notificados, cerca de 21% das notificações referem o próprio paciente como a causa do incidente e o seu domicílio como local de maior ocorrência (24%). Tais resultados nos levam a refletir em que ponto a assistência profissional carece de atenção e se as diretrizes da Política Nacional de Humanização e da PNSP estão sendo empregadas e desenvolvidas na sua integralidade - destacando o acolhimento, educação em saúde, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos indivíduos e coletivos. Ademais, os achados despertam a discussão para a necessidade de envolver o paciente como protagonista no processo de cuidar, com vistas não somente para sua autonomia, mas também para sua segurança (AGUIAR *et al.*, 2020).

Diante da disponibilidade de estudos na literatura que associam o envolvimento do paciente na assistência com a sua segurança, há predominância de estudos que avaliam a inclinação do paciente em participar. Contudo, é bom ter em vista que a disposição do paciente em participar de atividades para sua segurança não implica, necessariamente, em um envolvimento real na prática. Nesse sentido, é válido reunir e descrever o que a literatura dispõe nos últimos anos sobre como esse paciente contribui para sua assistência no tangente a sua segurança.

Dessa forma, considerando a relevância e necessidade da participação do paciente no processo de cuidar da construção de uma assistência de qualidade e segura, surge a seguinte questão norteadora: “Quais são as contribuições do envolvimento do paciente para sua segurança no processo de cuidar disponíveis na literatura?”. O presente estudo tem como objetivo identificar na produção científica as contribuições do envolvimento do paciente para sua segurança no processo de cuidar.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura cuja construção foi direcionada por 6 etapas distintas, conforme Mendes, Silveira e Galvão (2018): 1) Elaboração da questão norteadora; 2) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) Categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) Interpretação dos resultados; e 6) Apresentação da revisão.

A questão norteadora da pesquisa foi desenvolvida vide estratégia PICO, segundo Munn *et al.* (2018), tratando-se: P= Paciente; I: intervenção; Co: contexto. Assim, construiu-se a seguinte pergunta: **quais são as contribuições do envolvimento do paciente para sua segurança no processo de cuidar disponíveis na literatura?** ou seja, P para “paciente”, I para “ contribuições do envolvimento do paciente para sua segurança”, e Co para “processo de cuidar”.

O levantamento dos estudos foi realizado entre os meses de Janeiro e Abril de 2024 e optou-se pela utilização das seguintes bases: Portal Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED, MEDLINE, BDENF-Enfermagem; e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Como estratégia de busca, foram selecionados os descritores disponibilizados pelo vocabulário controlado Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) disponíveis no idioma inglês, português e espanhol: Participação do Paciente ou Patient Participation ou Participación del Paciente; Segurança do paciente ou Patient Safety ou Seguridad del Paciente; Cuidados de enfermagem ou Nursing Care ou Atención de Enfermería. A combinação dos descritores foi efetuada pelo uso do operador booleano AND, conforme mostra o quadro 1.

**Quadro 1 - Estratégia de busca nas bases de dados**

| <b>Base de dados</b>                                                  | <b>Combinação de descritores</b>                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BDENF – Enfermagem                                                    | (Participação do Paciente) AND (Segurança do paciente) AND (Cuidados de enfermagem);<br><br>(Patient Participation) AND (Patient Safety) AND (Nursing Care);<br><br>(Participación del Paciente) AND (Seguridad del Paciente) AND (Atención de Enfermería) |
| Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)                                     |                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) |                                                                                                                                                                                                                                                            |
| MEDLINE                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |  |
|-----------------------------------------------|--|
| PUBMED                                        |  |
| Scientific Electronic Library Online (SciELO) |  |

Fonte: Autoras.

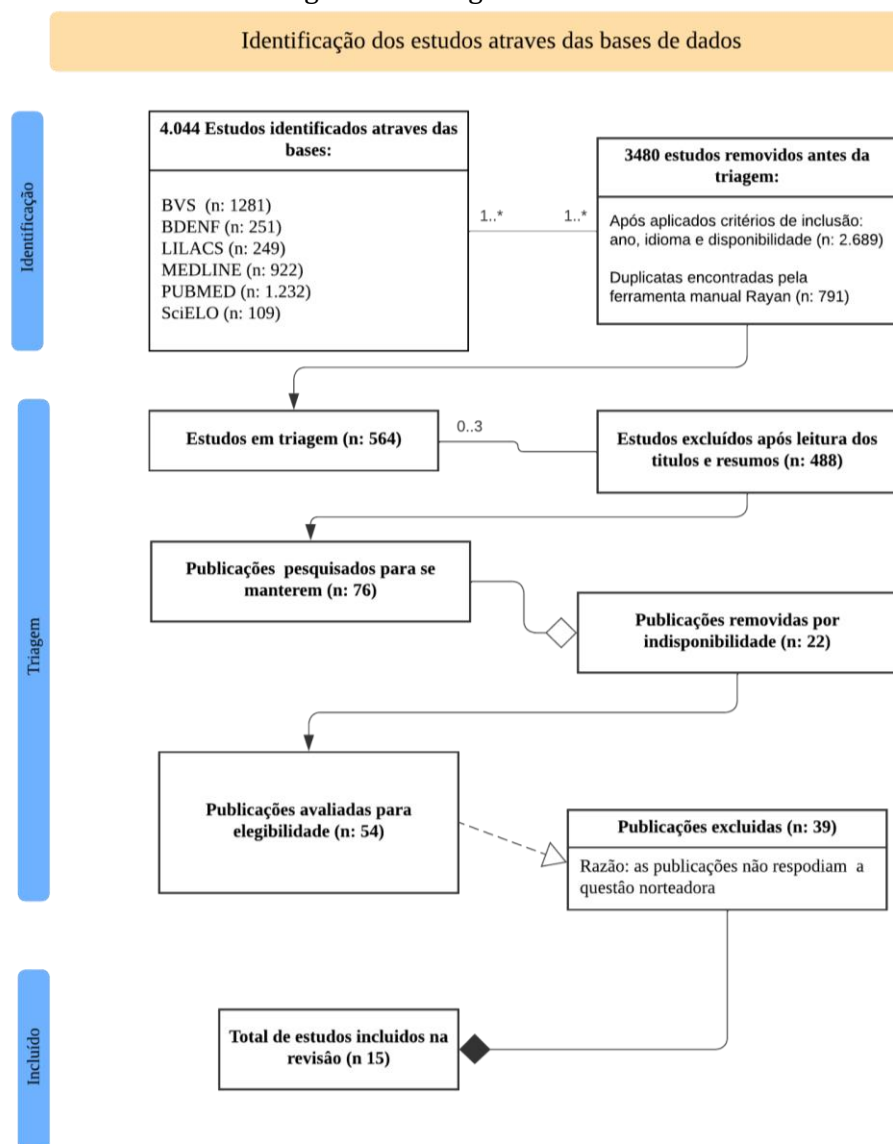
Os critérios escolhidos para inclusão foram produções no formato de artigos científicos, que abordavam as contribuições do envolvimento do paciente para sua segurança no processo de cuidar, publicados no período entre 2019 e 2024, com acesso livre, on-line, na íntegra, disponíveis em português ou espanhol ou inglês. Considerou-se como critérios para exclusão: estudos que não atendiam às exigências mencionadas, artigos duplicados, publicações que não respondiam à questão norteadora em seu título e resumo. O período de busca foi delimitado levando-se em consideração três requisitos: 1) a relevância das publicações recentes; 2) a repercussão da pandemia do novo coronavírus, com reconhecimento datado no final de 2019 na China; e a jovialidade da Política Nacional de Segurança do paciente, instituída somente em 2013 (BRASIL, 2013; WU *et Al*, 2020).

Após realizada busca, foram identificados um total de 4.044 artigos nas seguintes bases de dados: BVS (1.281), BDNF (251), LILACS (249), MEDLINE (922), PUDMED (1.232) e SciELO (109). Ao aplicar os filtros/critérios de inclusão para/sendo idioma (inglês, português e espanhol), período de publicação (2019 a 2024) e disponibilidade (online, gratuita e na íntegra) dos estudos, obteve-se um quantitativo de 1.355 publicações disponíveis para a próxima etapa deste estudo.

As referências selecionadas nas bases de dados foram exportadas para um programa online Rayyan, que foi utilizado para auxiliar tanto na detecção e eliminação de artigos duplicados como na exclusão dos estudos que não contemplavam a questão norteadora, graças à ferramenta facilitadora de leitura de títulos e resumos.

Assim, durante a categorização dos estudos, 791 produções foram excluídas por se tratarem de duplicatas e 488 por não responderem a questão norteadora, etapa essa baseada justamente na leitura dos títulos e resumos. Desse modo, restaram 76 estudos para serem lidos e analisados na íntegra ainda. Por fim, após a leitura completa e minuciosa dos artigos considerados potenciais em primeira instância, 61 foram eliminados por estarem indisponíveis para leitura na íntegra (n 22) e por não satisfazerem a questão de pesquisa (n 39) fechando assim, uma amostra final de 15 produções, conforme exemplificado no fluxograma da figura 1.

Figura 1: Fluxograma PRISMA.



Fonte: Autoras

Foi elaborado um formulário com as principais características das publicações incluídas na revisão integrativa sendo: país, autor, ano de publicação, título, periódico, objetivo e principais resultados. Para isso, utilizou-se uma planilha eletrônica para separação e extração dessas informações.

Este estudo dispensa o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, visto que foram utilizadas informações de produções científicas disponibilizadas em plataformas on-lines de domínio público.

## RESULTADOS

No total, 15 estudos foram selecionados para dar seguimento a esta revisão. O Quadro 2 apresenta as características dos estudos incluídos quanto ao ano, país, título, periódico de publicação, tipo de estudo e principais resultados.

**Quadro 2 - Características dos estudos incluídos na pesquisa**

| <b>País, Autor e Ano</b>               | <b>Periódico</b>                             | <b>Título</b>                                                                                                                                 | <b>Objetivo</b>                                                                                                                                                                                                 | <b>Resultados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Suécia, Ericsson et al, 2019           | BMJ quality & safety                         | Can patients contribute to safer care in meetings with healthcare professionals? A cross-sectional survey of patient perceptions and beliefs. | Investigar as percepções dos pacientes sobre suas reuniões com profissionais de saúde e até que ponto eles acreditam que podem influenciar a segurança do paciente nessas reuniões.                             | Os profissionais de saúde podem facilitar a interação com os pacientes e aumentar a sua segurança, incentivando-os a fazer perguntas e a participar ativamente dos cuidados. Uma grande proporção dos pacientes sofreram danos relacionados à assistência e afirmam que poderia ter sido evitado se os profissionais de saúde os tivessem ouvido. |
| Estados Unidos, Reddy et al, 2019      | Research in social & administrative pharmacy | Applying participatory design to a pharmacy system intervention.                                                                              | Descrever um modelo de como usar a DP ao projetar uma intervenção em farmácia comunitária. Este artigo descreve as etapas da DP e destaca as vantagens e desvantagens desse método.                             | Ao envolver ativamente as partes interessadas em cada fase do processo de concepção, foi possível criar uma intervenção com maior potencial para satisfazer as necessidades dos seus utilizadores finais, no contexto de prevenção do uso indevido de medicamentos sem receita.                                                                   |
| Coreia do Sul, Hwang, Kim & Chin, 2019 | Asian nursing research                       | Patient Participation in Patient Safety and Its Relationships with Nurses' Patient-Centered Care Competency, Teamwork, and Safety Climate     | Examinar os graus de participação do paciente nas atividades de segurança do paciente em hospitais e investigar suas relações com a competência do cuidado centrado no paciente (PCC), o trabalho em equipe e o | Apesar do grau de participação do paciente não ser alto na instituição de pesquisa, foram identificadas atitudes dos pacientes que contribuem para sua segurança, e características dos profissionais que afetam o grau de participação, tais como: cuidado centrado no                                                                           |

|                                     |                                         |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     |                                         |                                                                                                                          | clima de segurança dos enfermeiros.                                                                                                                                                    | paciente, trabalho em equipe e ambiente de segurança.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Brasil, Costa et al, 2020           | Revista Latino-americana De Enfermag em | Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols.                                 | Analisar a experiência do paciente durante a internação hospitalar, com foco na coprodução de cuidados relacionados aos protocolos de segurança do paciente                            | Apesar do alinhamento entre as percepções dos pacientes e os protocolos básicos descritos no Programa Nacional para a Segurança do Paciente, esses nem sempre são seguidos pelos profissionais. Com isso, nota-se que a coprodução para a segurança do paciente ainda é incipiente em relação a esses cuidados, e mesmo os pacientes-famílias demonstrando potencial para coproduzir, não se identificou estímulo dessa prática, por parte dos profissionais. |
| Brasil, Souza et al, 2020           | Revista Enfermag em UERJ                | Percepção de pacientes cirúrgicos sobre segurança e seu envolvimento no cuidado à saúde                                  | Investigar a percepção do paciente cirúrgico sobre segurança do paciente e o seu envolvimento no cuidado à saúde durante a internação hospitalar.                                      | Os participantes associaram segurança à estrutura física, confiança institucional, capacitação da equipe de saúde e humanização da assistência. O envolvimento se deu, principalmente, no processo de administração de medicamentos e em situações que divergiam do plano de cuidado conhecido pelo paciente.                                                                                                                                                 |
| Coreia do Sul, Lee, Ahn & Lee, 2020 | BMJ Open                                | Mixed-method investigation of health consumers' perception and experience of participation in patient safety activities. | Examinar os fatores que influenciam os comportamentos de segurança do paciente e explorar as experiências dos clientes de saúde quanto à participação do paciente no sistema de saúde. | Mais da metade dos participantes relataram vivência de incidentes de segurança do paciente. Foi possível identificar ações que beneficiam a segurança do paciente como: percepção da importância da participação ativa, questionar, buscar capacitação e informação, assim como também, a inoportunidade de                                                                                                                                                   |

|                                                |                                     |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                |                                     |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                  | participação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Estados Unidos, Jarrett, Cochran, & Baus, 2020 | Journal of nursing care quality     | Applying the Medications at Transitions and Clinical Handoffs Toolkit in a Rural Primary Care Clinic: Implications for Nursing, Patients, and Caregivers. | Examinar a implementação do Kit de Ferramentas de Medicamentos em Transições e Transferências Clínicas (MATCH) em uma clínica rural de atenção primária e avaliar a aceitabilidade e viabilidade da implementação.                               | Capacitar os pacientes e cuidadores com ferramentas e linguagem para trabalhar com os prestadores, especialmente os enfermeiros, para realizar a reconciliação de medicamentos durante as consultas clínicas de cuidados primários é fundamental para melhorar a reconciliação de medicamentos dos pacientes em ambientes rurais. |
| Estados Unidos, Dykes. et al., 2020            | JAMA network open                   | Evaluation of a Patient-Centered Fall-Prevention Tool Kit to Reduce Falls and Injuries: A Nonrandomized Controlled Trial.                                 | Avaliar se um kit de ferramentas de prevenção de quedas que envolva pacientes e familiares no processo de prevenção de quedas durante a hospitalização está associado à redução de quedas e quedas com lesões.                                   | A implementação de um kit de prevenção de quedas, liderado por enfermeiros e centrado no paciente, uniu o envolvimento do paciente e familiares para identificação dos fatores de riscos, criação de um plano de intervenção personalizado e avaliação contínua, foi associada à redução das taxas de quedas e quedas com lesões. |
| Coreia do Sul, Cho e Lee, 2021                 | Healthcare and informatics research | Effects of Self-Education on Patient Safety via Smartphone Application for Self-Efficacy and Safety Behaviors of Inpatients in Korea.                     | Determinar se a autoeducação com o uso de um aplicativo smartphone melhora o nível de autoeficácia e os comportamentos de segurança dos pacientes, e avaliar o efeito da autoeficácia na melhoria dos comportamentos de segurança dos pacientes. | A intervenção foi uma estratégia eficaz para aumentar a autoeficácia e os comportamentos de segurança dos pacientes. Este processo poderia, em última análise, melhorar a segurança do paciente, promovendo o envolvimento do paciente durante a hospitalização e prevenindo a ocorrência de erros médicos.                       |
| Austrália, Manias et al, 2021                  | BMC health services research        | Associations of person-related, environment-related and communication-                                                                                    | Determinar as associações de fatores relacionados à pessoa, ao ambiente e à comunicação na                                                                                                                                                       | Pacientes e familiares detectaram cerca de 1 em cada 10 erros de medicação, indicando seu importante papel na                                                                                                                                                                                                                     |

|                              |                                   |                                                                                                      |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              |                                   | related factors on medication errors in public and private hospitals: a retrospective clinical audit | gravidade dos erros de medicação ocorridos em dois serviços de saúde                                                                                                   | compreensão do regime medicamentoso. A presença de verificação dupla de prescrições de medicamentos foram associadas a redução de erros de medicação, enquanto o aconselhamento insuficiente dos pacientes estavam associadas ao aumento das chances de erros de medicação.                                                                                                                                                                                         |
| Brasil, Ferraz et al, 2021   | Enferm Foc                        | Envolvimento do paciente na segurança do cuidado hospitalar: percepção dos profissionais de saúde.   | Analisar a prática e importância atribuída ao envolvimento do paciente na segurança do cuidado durante internação hospitalar, na percepção dos profissionais de saúde. | A importância atribuída ao envolvimento do paciente na segurança da assistência foi associada à autonomia do paciente e as práticas que facilitam esse envolvimento se relacionaram à interação entre paciente-profissional, à capacidade do paciente para se envolver e ao uso de ferramentas para o gerenciamento do cuidado. Entre os desafios estão: à capacitação dos profissionais de saúde, adequação de recursos humanos e materiais e letramento em saúde. |
| Brasil, Teixeira et al, 2022 | Revista Brasileira De Enfermag em | Professionals' beliefs in patient involvement for hospital safety                                    | Analisar as crenças dos profissionais de saúde acerca dos benefícios do envolvimento do paciente na assistência durante a hospitalização.                              | Os resultados mostraram que envolver o paciente no cuidado está associado à crença do profissional de saúde nos diversos benefícios dessa prática para a segurança assistencial. Além disso, destacam-se as características e estratégias da prática de envolver o paciente.                                                                                                                                                                                        |
| Dinamarca, Schøllhamer,      | BMC Nurs                          | Documenting care together with patients: the experiences                                             | Desenvolver e implementar uma prática de produção de documentação junto                                                                                                | A princípio, a maioria dos participantes concordavam que a documentação em conjunto fosse benéfica em                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                   |                                      |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jørgensen & Jensen, 2023          |                                      | of nurses and patients                                                                                                                                                | com os pacientes e examinar as experiências da equipe e dos pacientes nessa prática                                                                                                                                                                                                             | todas as áreas avaliadas. Entretanto, após a implementação da mudança de registro, alguns profissionais pontuaram a pouca praticidade enquanto os pacientes mantiveram uma boa opinião sobre a nova atividade.                                                                                                                                                            |
| Finlândia, Venesoja et al, 2023   | BMJ open                             | Finnish emergency medical services managers' and medical directors' perceptions of collaborating with patients concerning patient safety issues: a qualitative study. | Descrever as percepções dos gerentes e diretores médicos dos serviços de emergência médica (SME) sobre a colaboração com os pacientes em questões de segurança do paciente no SME.                                                                                                              | Os resultados descreveram facilitadores e barreiras (por exemplo, a falta de vontade dos pacientes ou dos profissionais de saúde, infraestruturas deficientes) ao envolvimento e à segurança dos pacientes. E apontaram que o limitado conhecimento dos pacientes impossibilita sua colaboração.                                                                          |
| Estados Unidos, Jiang et al, 2024 | Journal of medical Internet research | The Acceptance and Use of Digital Technologies for Self-Reporting Medication Safety Events After Care Transitions to Home in Patients With Cancer: Survey Study.      | Avaliar as percepções dos pacientes oncológicos sobre a segurança da medicação e da comunicação durante as transições de cuidados e sua disposição em usar tecnologias digitais para autorrelatar eventos de segurança de medicação e identificar fatores associados à aceitação da tecnologia. | Os pacientes apresentaram disposição ao uso das tecnologias digitais para a auto-notificação de eventos de segurança da medicação em domicílio. Além disso, destacam-se fatores associados à essa aceitação: a ativação do paciente, a capacidade de autogestão da medicação, a percepção da segurança da medicação e da comunicação, e a importância de receber feedback |

A maioria das produções foram publicadas na língua inglesa (n:13) e duas delas em português, no período compreendido entre 2019 e 2024. Em relação aos países, quatro publicações eram dos Estados Unidos, quatro do Brasil, três da Coreia do Sul, e a Dinamarca, Austrália, Suécia e Finlândia tiveram uma publicação cada.

## **DISCUSSÃO**

O paciente ativo em seu processo de saúde-doença e diante do cuidado prestado pelos profissionais de saúde é um grande avanço feito pelas instituições desse setor multidimensional e promete aprimorar a qualidade e a segurança do próprio usuário (NEWMAN et al, 2022). A partir dos resultados encontrados, foi possível elaborar duas categorias denominadas: (1) O entendimento acerca da participação do paciente para uma assistência segura e (2) As contribuições do envolvimento do paciente para sua segurança no processo de cuidar.

### **ENTENDIMENTO ACERCA DA PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE PARA UMA ASSISTÊNCIA SEGURA**

O envolvimento do paciente pode ser considerado quando o poder centrado no profissional de saúde é parcialmente cedido e o próprio paciente torna-se co-participante no seu cuidado. Assim, ambos se encontram sobre o mesmo patamar, como colaboradores iguais, dividindo a responsabilidade do cuidado, compartilhando informações e contribuindo de maneira equânime, conforme as competências e habilidades que cada um apresenta, de modo a alcançar um objetivo em comum. Esse processo deve ser contínuo, pautado no diálogo cognoscível, promovendo saúde e segurança ao paciente (GYBERG et al, 2023).

Dentro dos cuidados de enfermagem, o paciente pode ser inserido em um nível direto como o autocuidado, tornando-se assim um ator ativo no seu processo de saúde-doença estabelecendo metas e tomando decisões a partir da sua capacitação e empoderamento. Também pode estar envolvido no nível organizacional, tanto aprimorando a qualidade da assistência por meio da observação, avaliação e sugestão de mudanças, bem como desenvolvendo e planejando o serviço em conjunto com profissionais da saúde. E por último, sua colaboração pode ser manifestada na esfera política, na criação e implementação de leis, políticas e diretrizes assim como avaliando-as (JIANG et al 2021).

Os estudos incluídos nesta revisão abrangem o entendimento tanto dos profissionais como dos pacientes acerca da importância da participação dos pacientes, com vistas a fortalecer uma assistência segura, e embora a narrativa aponte o

envolvimento do paciente como uma estratégia crucial para tal objetivo, os resultados encontrados não formulam unanimidade na visão dos participantes o que pode ser evidenciado nas investigações.

Enquanto alguns autores como Jiang et al (2024), Cho & Lee (2021), Dykes et al (2020), Jarrett, Cochran & Baus (2020) e Hwang et al (2019), partem do fundamento que tanto os pacientes como os profissionais consideram essa participação ativa uma garantia da segurança do paciente, e a partir daí desenvolvem suas intervenções pautadas nessa percepção, há outros que buscam avaliar a fundo a extensão dessa consciência.

Lee, Ahn e Lee (2020), por exemplo, destacaram que os pacientes entrevistados em sua pesquisa reconheciam o valor de sua participação para própria segurança e que esse reconhecimento estava intimamente relacionado com a disposição em participar efetivamente. Nesse caso, quanto maior o grau de conhecimento do paciente nesse contexto maior o seu envolvimento. Já Teixeira et al (2020) pontuam que os profissionais atribuem confiança sobre os benefícios do paciente estar envolvido para um cuidado seguro e devido a isso, adotam comportamentos e ações que promovem melhora da qualidade da assistência e incorporam o paciente no cuidado.

No entanto, apenas Souza et al (2020) trouxe diretamente as compreensões acerca da segurança do paciente pelo ponto de vista do paciente. Em seu estudo exploratório, os participantes explicam a segurança do paciente como um cuidado que está associado à estrutura e limpeza da instituição, a capacitação da equipe de assistência e a humanização do cuidado.

E embora a segurança do paciente seja um assunto amplamente discutido no mundo nos últimos anos, há ainda aqueles que demonstram hesitação em inseri-los nesse contexto como corresponsável, e possuem dificuldades em compreender a importância da participação desses usuários na manutenção de sua segurança.

Contrariando as proposições das produções acima, um estudo finlandês que buscou descrever a compreensão de profissionais de serviço de emergência médica sobre a colaboração dos pacientes em questões de segurança, expôs que do ponto de vista dos profissionais da saúde participantes a segurança do paciente é parte da qualidade dos serviços e por esse motivo é de responsabilidade, apenas, da instituição assegurar competência profissional e ofertar condições de trabalho adequadas. Eles reiteram ainda, que não compete aos pacientes questionarem os serviços prestados devido à falta de conhecimento sobre os cuidados em saúde, alegando, portanto, que a inclusão dos

pacientes atrapalha no desenvolvimento da segurança desses e que poderia, inclusive, ser barrada pela legislação do país (VENESOJA et al, 2023).

Ademais, mesmo com o reconhecimento, a nível mundial, da importância do envolvimento ativo do paciente nos cuidados de saúde seguros e do interesse manifesto desse público em participar, a realidade cotidiana desses usuários revela uma série de dificuldades que saqueiam a oportunidade de exercê-lo. Dentre eles, alguns desses estudos destacam as relações hierárquicas de poder entre os profissionais e clientes que dificultam o vínculo, falha na comunicação e na partilha do plano de cuidados, vulnerabilizando a pessoa em tratamento, minando seu espaço para exercício de sua contribuição, tornando-o um mero receptor do cuidado. Por isso, os autores fortalecem a ideia de que não basta entender o conceito, é preciso também aplicá-lo continuamente e em conformidade com as necessidades do processo (HWANG, KIM & CHIN, 2019; LEE, AHN e LEE, 2020; CHO & LEE, 2021; VENESOJA et al 2023).

Para alguns profissionais é fácil associar a inclusão do paciente na assistência com o aumento da sua segurança e enxergar como algo positivo. Porém, cabe mencionar que para realizar essa mudança e adaptar os processos de trabalho para realmente criar esse espaço, torna-se essencial encarar determinados obstáculos a serem superados para pô-la em prática. Por outro lado, é válido ressaltar que mesmo diante da mesma realidade as perspectivas paciente-profissional não se sobrepõem podendo, desta forma, apresentar divergências, gerar influência uma sobre a outra e acarretar alterações benéficas no processo do cuidado, chamando a atenção para a relevância do paciente (SCHØLLHAMMER, JØRGENSEN E JENSEN, 2023).

Assim, apesar da desarmonia entre o que propõe a Política Nacional de Segurança do paciente e a assistência real, segundo o exposto, uma parte significativa das produções convergem ou demonstram que tanto o paciente quanto os profissionais aparentam entendimento sobre a segurança na assistência em saúde e a importância do envolvimento do paciente, mesmo perante às barreiras encontradas.

## **CONTRIBUIÇÕES DO ENVOLVIMENTO DO PACIENTE PARA SUA SEGURANÇA NO PROCESSO DE CUIDAR**

Quanto às contribuições do envolvimento do paciente para sua segurança no processo de cuidar, pode-se destacar que um ponto de interseção entre as produções, é o

potencial revolucionário do letramento em saúde. Tal aspecto engloba a acessibilidade das informações para os pacientes, a capacidade de interpretá-las e aplicá-las na prática para tomar decisões sobre saúde e usufruir dos serviços a disposição (SANTOS et al, 2012). A disseminação de informações sobre saúde coerentes, responsáveis e acessíveis, quando principalmente trabalhadas à capacitação do paciente, que muitas vezes se encontram leigos no seu processo de saúde e doença, têm mostrado grande valia na produção do cuidado e na promoção de segurança nos cuidados prestados.

Segundo Ferraz et al (2021), as orientações fornecidas pelos profissionais corroboram para a construção da autonomia do paciente e evidencia um cuidado mais seguro, pois ao saber sobre o processo da doença e das condutas a serem tomadas o paciente ganha discernimento para identificar suas necessidades, expor queixas com mais precisão, e estar mais atento aos riscos atribuídos ao processo de internação.

Por sua vez, Cho e Lee (2021) incluem a autoeficácia estimulada como uma característica determinante de comportamentos de segurança que devem ser assumidos pelos pacientes para prevenção de eventos adversos. Na definição apresentada pelos autores, o indivíduo compreende-se como competente o suficiente para somar na melhoria de sua segurança. Nessa narrativa, o uso de um aplicativo para smartphone, uma ferramenta popularizada e acessível, torna-se uma arma potencial para autoeducação desse público ao fornecer informações pertinentes, dentre outras coisas, sobre o papel dos usuários e do profissional de saúde no contexto da segurança do paciente. Como resultado, observou-se melhoria na autoeficácia do grupo envolvido no estudo e consequentemente um avanço no comportamento de segurança.

Há na literatura quem reforce as afirmações de Ferraz et al (2021) e Choe Lee (2021). Para Roche e Jones (2021), fornecer informações para o paciente capacitando-o sobre o processo de cuidar fomenta e contribui para seu envolvimento e aceitabilidade de condutas e comportamentos que visam a sua segurança, além de gerar confiança. O estudo revelou que após receberem informações pertinentes em uma consulta de pré-admissão cirúrgica, os pacientes sentiram-se aptos a agirem com mais consciência e deliberação durante a recuperação após o procedimento.

Para mais, o simples ato de manter as grades do leito elevadas para prevenir quedas, cuidados a serem tomados com curativos, reconhecer os medicamentos em uso e assim, detectar os que não fazem parte da terapêutica e até mesmo estar ciente dos efeitos colaterais das medicações, fazem parte das informações de segurança prestadas pelos

profissionais, e que são (e devem ser) responsabilidades atribuídas aos pacientes para manutenção do cuidado seguro, em um hospital público localizado no Distrito Federal, Brasil (FERRAZ et al , 2021).

Desse ponto de vista, a passividade não é considerada uma característica positiva para o usuário e por isso proporcionar seu envolvimento por meio do empoderamento que o conhecimento gera, tem sido uma estratégia bem conceituada.

Por outro lado, outro estudo, desta vez realizado em Seul, na Coreia do Sul, avaliou o grau de participação do paciente e identificou que nas instituições de pesquisa, não era alto e refletia a preferência dos pacientes em uma participação mais passiva. Contudo, apesar do pouco envolvimento em decorrência das barreiras encontradas durante o processo, atividades como questionar após não entender as instruções recebidas, informar quando a pulseira de identificação é perdida, tirar dúvidas sobre processo terapêutico e fornecer informações pertinentes para a assistência tais quais: alergias, medicações utilizadas; demonstram o interesse em saber e co-participar dos cuidados, reconhecidos como exemplos da contribuição dos pacientes para o cuidado seguro pelos profissionais da enfermagem. Os autores concluem que o cuidado centrado no paciente é uma ótima estratégia para estimular seu envolvimento, pois quanto mais eficaz a atuação do enfermeiro em equipe mais propenso o paciente se torna a estar envolvido por ser considerado parte dessa equipe (HWANG, KIM e CHIN, 2019).

Uma vez que o paciente é o centro no seu processo de cuidado, há aspectos do seu ponto de observação, como espectador, observador e experienciador, que não são captados pelos profissionais que apenas observam a assistência implementada. Nesse sentido, a riqueza de informações a serem ofertadas por esse público corroboram para melhoria do serviço, atendimento e segurança na assistência prestada.

Teixeira et al (2022) complementam e reúnem alguns tópicos abordados pelos autores já citados. Segundo os profissionais entrevistados em sua pesquisa, a participação ativa do paciente traz desfechos favoráveis ao tratamento, que vão desde o fortalecimento de sua segurança ao mitigar comportamentos propensos a risco, até a adesão de hábitos saudáveis após alta hospitalar. Uma postura engajada, questionadora, que busca estar informado sobre o próprio processo, propicia a condição de protagonista, reforça a autonomia do paciente e colabora para a tomada de decisão, tornando o paciente um obstáculo para ocorrência de incidentes.

Em uma pesquisa de métodos mistos, mais da metade dos participantes relataram vivência de incidentes de segurança do paciente e a partir disso, reconheceram a importância de estar ativo no seu tratamento. Foi possível identificar ações que beneficiam a segurança do paciente como: percepção da importância da participação ativa, do apoio e acompanhamento familiar, questionar e sanar dúvidas, buscar capacitação e informação, assim como também, foi explanado sobre a inoportunidade de participação dentro das unidades de saúde (LEE, AHN e LEE, 2020). Já o estudo de Venesoja et.al. (2023), mesmo com a dissonância de opiniões, aponta o reconhecimento dos participantes na escuta qualificada como garantia de confiança no atendimento prestado e uma forma simples de envolver a pessoa no seu cuidado. Aqui, os autores assumem que o paciente é o maior conhecedor de seu estado, podendo informar, por exemplo, sobre quais medicações em uso e alergias e, por isso, a maior fonte de informações pertinentes para sua saúde. Nessa perspectiva, Jiang et.al. (2024) também chamam a atenção para a qualidade da comunicação entre os profissionais e os pacientes, atribuindo relevância à maneira como as informações são transmitidas e a linguagem utilizada.

Para isso, alguns autores levantam a premissa da postura do profissional diante do paciente associando a proatividade, solicitude e acessibilidade do prestador de cuidados com o engajamento do paciente, em ordem diretamente proporcional, de modo a contribuir para uma assistência de alta qualidade (LEE, AHN & LEE, 2020; ). Adicionalmente, a comunicação entre ambos e a linguagem apropriada e livre de jargão médico apresentam grande valor na colaboração do paciente e no sentimento de estar integrado a equipe (IBRAHIM et al, 2019).

Em outra investigação, os entrevistados tanto apontaram maior facilidade em solicitar informações ou indicar incongruências no cuidado aos profissionais médicos e da enfermagem nas unidades de atendimento, quando acolhidos e estimulados por esses, como também alegavam possuir capacidade de contribuir para um cuidado seguro por reconhecerem deficiências que os profissionais não conseguem. Parte dos participantes relataram ter sofrido danos durante a assistência que poderiam ter sido evitados se os atuantes da saúde tivessem dado valor às informações fornecidas (ERICSSON et al, 2019).

Assim, outro ponto em comum entre as produções, é a crença no potencial de ação dos profissionais de saúde em estabelecerem uma ponte com os pacientes que facilite a interação entre ambos e crie um ambiente confortável para que os pacientes se sintam

confiantes em participarem da assistência de modo mais ativo. Nessa perspectiva, o incentivo abre portas para o posicionamento da pessoa em cuidados que ao questionar, contestar, sanar dúvidas e até sugerir mudanças nas intervenções estabelecidas, trazendo à prática a sua contribuição.

Uma forma distinta encontrada para inserir o paciente nos seus cuidados em saúde ampliando a segurança, foi a documentação conjunta. Ao avaliar a implementação dessa prática entre enfermeiros e pacientes em um Hospital Universitário Dinamarquês, os profissionais concordaram em primeira instância que a mudança no processo de registro traria mais engajamento do paciente, diminuiria os erros de informações e as tornaria mais acessíveis. Contudo, apesar de haver uma redução significativa dessa perspectiva positiva dos atuantes durante a implementação da intervenção, do ponto de vista dos pacientes o espaço proporcionado para sua participação nesse momento da assistência foi crucial, trouxe mais segurança, satisfação e esclarecimento sobre o andamento do seu tratamento (SCHØLLHAMMER, JØRGENSEN E JENSEN, 2023).

Outro cenário a ser explorado são as atividades de prevenção de quedas incluídas no Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), e apesar das quedas serem um evento adverso evitável, infelizmente não é incomum a ocorrência desse dano nas unidades hospitalares, ainda mais relacionados com lesões graves. Pensando nisso, um estudo realizado em 3 centros médicos acadêmicos em Boston e Nova York avaliou a implementação de um kit de prevenção de quedas. Esta ferramenta possibilitou envolver o paciente e familiares na identificação dos fatores de riscos, na criação de um plano personalizado de prevenção e na avaliação contínua do plano de cuidados. Os resultados obtidos revelaram uma redução substancial na taxa de quedas sugerindo que quanto maior é a participação do paciente no processo de prevenção desse evento adverso, mais propenso a aderir às estratégias de cuidado ele estaria, logo diminuindo as ocorrências desse dano (DYKES et al, 2020)

Para Costa et al (2020), é nítido que os pacientes estão capacitados para atuarem na promoção de sua segurança nos cuidados de prevenção de quedas, pois reconhecem a elevação das grades do leito, a altura baixa da cama e a necessidade de acompanhamento, especialmente durante o uso do banheiro, como medidas importantes para manutenção da integridade física. E ainda acresce conhecimento quanto ao uso da pulseira na cor amarela que identifica aqueles com mais propensão ao risco de quedas.

No entanto, esse comportamento difere quando os autores analisam o tópico de higienização das mãos no ambiente hospitalar. Apesar de ser de conhecimento geral a importância de manter as mãos limpas e estar atento à presença ou ausência dessa atitude nos profissionais, não há iniciativa por parte dos pacientes para cobrança desse aspecto para o cuidado seguro, representando assim nuances para o conceito apresentado anteriormente por Cho e Lee (2021).

No domínio dos eventos adversos relacionados à medicação, um estudo observou que o elo fortalecido entre o paciente e o enfermeiro traz melhorias à segurança nos cuidados de saúde, ao estabelecer um diálogo efetivo, capacitar e educar o público atendido. Nesse cenário, o profissional da enfermagem configura-se uma ponte para o acesso à informação, assume seu dever como orientador e partilha a missão de identificar, listar, monitorar e atualizar as medicações utilizadas no processo de internação e transferência, junto ao paciente (JARRETT, COCHRAN & BAUS, 2020).

Na Austrália, uma pesquisa retrospectiva buscou determinar a relação entre a pessoa, o ambiente e a comunicação no que se refere aos erros de medicações e revelou que em um período de 18 meses foram notificados 11.540 erros de medicação. Desse número, quase 97% dos erros notificados tinham como responsáveis os profissionais da saúde e alguns fatores contribuintes: a checagem única das prescrições, déficit de desempenho dos profissionais, avaliação e triagem inadequada dos pacientes. Avaliando o envolvimento do paciente e da família, os autores evidenciaram que 9.5% dos erros foram detectados pelo grupo em questão com atribuição ao conhecimento do paciente e família a respeito dos medicamentos em uso e, ainda, acrescentaram a associação entre contatos informais beira leito com aumento da identificação de erro de medicação pelo paciente (MANIAS et al, 2021).

Souza et al (2020) revelam que os pacientes demonstram mais interesse em estarem envolvidos na assistência com o intuito de prevenir erros com medicamentos, pois temem a administração de medicações por considerá-la um processo com maiores chances para a ocorrência de incidentes. As reações adversas, troca de medicamentos entre pacientes, pontualidade das administrações e até mesmo medicamentos desconhecidos, estão entre as preocupações apontadas pelo grupo.

Um enfoque importante para acrescentar é a possibilidade de cooperação do paciente na criação e aperfeiçoamento de tecnologias que aumentam sua integração no cuidado seguro. Uma pesquisa abordou a disposição de pacientes oncológicos em aderir

tecnologias digitais para auto-notificação de eventos de segurança de medicação na transição do contexto hospitalar para os cuidados domiciliares. Em suma, além de promover a tomada de decisão, autogestão de medicações, e partilha de feedback, pode-se avaliar as necessidades e características favoráveis do sistema percebidas pelos participantes que fortalecem sua segurança (JIANG et al, 2024).

Reddy et al (2019) discorrem, inclusive, sobre a importância de buscar a contribuição das partes envolvidas, principalmente dos pacientes, durante a construção de uma intervenção nos serviços de saúde. Durante o processo de implementação do Design Participativo (DP), no qual os grupos interessados são envolvidos no processo de criação, foi possível entender que a junção de ambas as partes (idosos e farmacêuticos) viabilizou a não só identificação, como também a compreensão apurada dos problemas enfrentados pelos grupos que dificultam a prevenção do uso inadequado de medicamentos vendidos sem receitas.

No que se refere a coprodução do cuidado, Costa et al (2020) constata que a participação do paciente ainda é deficitária em alguns âmbitos, como na identificação correta do paciente, por exemplo. Um participante aponta que apesar do cuidado minucioso e rigoroso para conferência entre a identificação do paciente e os frascos de coletas de sangue, o mesmo não é convidado e nem tem espaço para conferir se também está correto. Por outro lado, é notório o engajamento de alguns no seu próprio tratamento de modo a ter capacidade de corrigir erros durante a administração de medicamentos que costuma vir em dosagens erradas.

É nítido que a maioria dos estudos, ou uma parte significativa, aborda constantemente como contribuição do paciente para uma assistência segura, o que podemos chamar de avaliação dos cuidados prestados, ou seja, a visão de quem é assistido sobre as falhas desse processo de trabalho e as melhorias de maneira mais pontual.

No entanto, como limitação do estudo, não foram encontradas pesquisas que forneçam uma perspectiva aprofundada sobre a influência na segurança do paciente a partir do envolvimento dos pacientes nos cuidados. Muito se fala da disposição dos pacientes em participar, dos desafios e limitações para tal, e de estratégias a serem pensadas para estimular e ampliar essa participação, mas pouco se aborda sobre os resultados obtidos, como redução de taxas ou melhora de indicadores, após o paciente envolvido.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em síntese, 15 estudos contemplaram a questão norteadora e descreveram algumas contribuições da participação do paciente para sua segurança. A maioria das produções foram publicadas na língua inglesa (n:13) e duas delas em português, no período compreendido entre 2019 e 2024. Em relação aos países, quatro publicações eram dos Estados Unidos, quatro do Brasil, três da Coreia do Sul, e a Dinamarca, Austrália, Suécia e Finlândia tiveram uma publicação cada.

A segurança do paciente é um tópico discutido a nível global e boa parte das publicações evidenciaram o reconhecimento, por partes dos atores em saúde, do envolvimento do paciente como substancial para sua segurança e aprimoramento do cuidado. Dentre as formas identificadas como contribuições do paciente estão: Informar sobre seu histórico de saúde, sinais e sintomas, tirar dúvidas a respeito do tratamento e da assistência prestada, estar atentos e informados sobre os comportamentos propensos a risco, identificar erros como os de medicações e de informações registradas de modo incoerente, participar do planejamento e implementação de intervenções, e por fim, avaliar continuamente os cuidados ofertados. Nesse sentido, o estímulo à autonomia, autoeficácia e capacitação dos pacientes, são modos de promover comportamentos de segurança com uma atitude mais questionadora, observadora e ativa do usuário. O cuidado centrado no paciente, foi referido como uma abordagem individualizada que demonstra ser uma ferramenta crucial para trazer o paciente para mais perto de sua condição e otimizar os cuidados e a sua segurança.

Os estudos também abordam facilitadores e desafios para o envolvimento da paciente. Dentre os pontos mais discutidos encontram-se a interação entre o profissional e paciente, e aqui engloba a comunicação esclarecida e efetiva, a disponibilidade do profissional, que deve ser acessível, orientar, exercer a escuta ativa para atender as carências apontadas e emergentes dos pacientes. A disposição e interesse do paciente em participar do cuidado, o letramento em saúde, o uso de dispositivos e ferramentas para gerenciar o cuidado também são outros temas abordados.

Sugere-se estudos futuros que apresentam e avaliam as influências geradas a partir da participação real do paciente, e principalmente, no cenário nacional por meio de métodos quantitativos.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Tatiane Lima *et al.* Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-15, ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190622>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190622>. Acesso em: 26 jul. 2023.
- ARAUJO, Paula Maria Corrêa de Gouveia; BOHOMOL, Elena; TEIXEIRA, Tereza Aparecida Benjamim. Nursing management in an accredited public general hospital in the response to the COVID-19 pandemic. **Enfermagem Foco**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 192-195, ago. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1116668>. Acesso em: 28 jul. 2023.
- BÁO, Ana Cristina Pretto *et al.* Segurança do paciente frente à pandemia da COVID-19: ensaio teórico-reflexivo. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 11, p. 1-14, 2 dez. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10252>. Acesso em: 26 jul. 2023.
- BOAVENTURA, Vanessa Rocha *et al.* Percepção de enfermeiras sobre a identificação do paciente como segurança na assistência a criança hospitalizada. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.L.], v. 37, n. 0, p. 1-10, 26 jul. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.49856>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes *et al.* Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 2, p. 577-581, abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- BRÁS, Cláudia Patrícia da Costa *et al.* Patient safety culture in nurses' clinical practice. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 31, n. 0, p. 1-15, mar. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>. Acesso em: 28 jul. 2023.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013a. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. Brasília, DF, Seção 01, nº 62, p. 43. 02 abril. 2013.
- CAMPOI, Ana Laura Mendes *et al.* Permanent education for good practices in the prevention of pressure injury: almost-experiment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 6, p. 1646-1652, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0778>. Acesso em: 31 jul. 2023.
- CARVALHO, Pedro Rodrigues *et al.* Patient participation in care safety: primary health care professionals? perception. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 74, n. 2, p.

1-10, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0773>. Acesso em: 28 jul. 2023.

CHO, Sumi; LEE, Eunjoo. Effects of Self-Education on Patient Safety via Smartphone Application for Self-Efficacy and Safety Behaviors of Inpatients in Korea. **Healthcare informatics research**, v. 27, n. 1, p. 48–56, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4258/hir.2021.27.1.48>. Acesso em: 04 abr. de 2024.

COSTA, Daniele Bernardi da *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 1-9, 6 ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>. Acesso em: 27 jul. 2023.

COSTA, Diovane Ghignatti da *et al.* Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, v. 28, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>. Acesso em: 05 abr. 2024.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* Best Safety Practices in nursing care in Neonatal Intensive Therapy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 2, p. 1-9, 30 mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0482>. Acesso em: 30 jul. 2023.

DYKES, Patricia C. *et al.* Evaluation of a Patient-Centered Fall-Prevention Tool Kit to Reduce Falls and Injuries: A Nonrandomized Controlled Trial. **JAMA Netw Open**, v. 3, n. 11, Nov 2 2020. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.25889. PMID: 33201236; PMCID: PMC7672520. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33201236/>. Acesso em: 04 abr. 2024.

ERICSSON, Carin *et al.* Can patients contribute to safer care in meetings with healthcare professionals? A cross-sectional survey of patient perceptions and beliefs. **BMJ quality & safety**, v. 28, n. 8, p. 657–666, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008524>. Acesso em: 05 abr. 2024.

FERRAZ Emannuela Sofia Dantas *et al.* Envolvimento do paciente na segurança do cuidado hospitalar: percepção dos profissionais de saúde. **Enferm Foco.**, v. 12, n. 4, p. 806-12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4628>. Acesso em: 10 mai. 2024.

GUTIERRES, Larissa de Siqueira *et al.* Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 6, p. 2775-2782, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>. Acesso em: 29 jul. 2023.

GYBERG, Anna *et al.* Struggling for access to appropriate healthcare services: A qualitative content analysis of patient complaints. **J Adv Nurs**, v. 79, n. 10, p. 3748-3759, 2023. DOI: 10.1111/jan.15688. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/jan.15688>. Acesso em: 10 mai. 2024.

HWANG, Jee-In; KIM, Sung Wan; CHIN, Ho Jun. Patient Participation in Patient Safety and Its Relationships with Nurses' Patient-Centered Care Competency, Teamwork, and Safety Climate. **Asian nursing research**, v. 13, n. 2, p. 130-136, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30898671/>. Acesso em 10 mai. 2024.

JARRETT, Traci; COCHRAN, Jill; BAUS, Adam. Applying the Medications at Transitions and Clinical Handoffs Toolkit in a Rural Primary Care Clinic: Implications for Nursing, Patients, and Caregivers. **Journal of nursing care quality**, v. 35, n. 3, p. 233-239, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000454>. Acesso em: 17 de mai. 2024.

JIANG, Nan *et al.* Significance of Patient Participation in Nursing Care. **Altern Ther Health Med**, v. 27, n. 5, p. 115-119, 2021. PMID: 32857729. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32857729/>. Acesso em: 06 abr. 2024.

JIANG, Yun *et al.* The Acceptance and Use of Digital Technologies for Self-Reporting Medication Safety Events After Care Transitions to Home in Patients With Cancer: Survey Study. **Journal of medical Internet research**, v. 26, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/47685>. Acesso em: 15 mai. 2024.

LEE, Nam-Ju, AHN, Shinae, LEE, Miseon. Mixed-method investigation of health consumers' perception and experience of participation in patient safety activities. **BMJ Open**, v. 10, n. 3, 2020. PMID: 32213526; PMCID: PMC7170617. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32213526/>. Acesso em: 23 abr. 2024.

LEMOS, Grazielle de Carvalho *et al.* A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S.L.], v. 8, n. 0, p. 1-10, 20 mar. 2018. **RECOM** (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>. Acesso em: 27 jul. 2023.

MANIAS, Elizabeth *et al.* Associations of person-related, environment-related and communication-related factors on medication errors in public and private hospitals: a retrospective clinical audit. **BMC health services research**, v. 21, n. 1, p. 1025, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07033-8>. Acesso em: 16 mai. 2024.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 05 jul. 2023.

MUNN, Zachary *et al.* What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. **Bmc Medical Research Methodology**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-9, 10 jan. 2018. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-017-0468-4#citeas>. Acesso em: 05 ago. 2023.

NEWMAN, Bronway. *et al.* Using consumer engagement strategies to improve healthcare safety for young people: An exploration of the relevance and suitability of current approaches. **Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy**, v. 25, n. 6, p. 3215–3224, 2022.

<https://doi.org/10.1111/hex.13629> Acesso em 04 abr 2024.

NUNES, Vilani Medeiros de Araújo *et al.* Estratégia multimodal para adesão dos profissionais às boas práticas de higienização de mãos. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 1-15, 1 jan. 2019. Research, Society and Development. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/774>. Acesso em: 31 jul. 2023.

PARREIRA, Sara Torcato *et al.* Cuidados de Enfermagem em Tempos de Pandemia: uma realidade hospitalar. **Gazeta Médica**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 165-170, 29 jun. 2020. Academia CUF. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29315/gm.v7i2.335>. Acesso em: 27 jul. 2023.

REDDY, Apoorva *et al.* Applying participatory design to a pharmacy system intervention. **Res Social Adm Pharm**, v. 15, n. 11, p. 1358–1367, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.11.012>. Acesso em: 04 jun. 2024.

ROCHE, Dominic; JONES, Aled. A qualitative study of nurse-patient communication and information provision during surgical pre-admission clinics. **Health Expect**, v. 24, n. 4, p. 1357-1366, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/hex.13270>. Acesso em: 16 mai. 2024. DOI:10.1111/hex.13270

SANCHIS, Desirée Zago *et al.* Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 5, p. 1-8, 1 jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>. Acesso em: 24 jul. 2023.

SANTOS, L. T. M., *et al.* Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 34, n. 3, p. 293–302, 2012. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20120014>

SILVA, Ana Gracinda Ignacio da *et al.* Boas práticas de liderança do enfermeiro no contexto hospitalar. **Nursing (São Paulo)**, [S.L.], v. 24, n. 276, p. 5726-5735, 17 maio 2021. MPM Comunicacao. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2021v24i276p5726-5735>. Acesso em: 29 mai. 2024.

SILVA, Bárbara Jordânia Rodrigues *et al.* Ações de enfermagem que promovem a segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 5, p. 1-12, 12 maio 2021. Research, Society and Development. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15202>. Acesso em: 31 jul. 2023.

SILVA, Milena Muniz; TEIXEIRA, Natália Longati; DRAGANOV, Patrícia Bover. Desafios do Enfermeiro no gerenciamento de conflitos entre a equipe de Enfermagem. **Revista de Administração em Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 73, p. 1-12, 28 dez. 2018. Associação Brasileira

de Medicina Preventia e Administracao em Saude - ABRAMPAS. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.73.138>. Acesso em: 29 jul. 2023.

SCHØLLHAMMER, Helle, JØRGENSEN, Tina Magaard; JENSEN, Hanne Irene. Documenting care together with patients: the experiences of nurses and patients. **BMC Nurs**, v. 22, n. 143, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01309-6>. Acesso em: 26 mai. 2024.

SOUZA, Helga Xavier de *et al.* Percepção de pacientes cirúrgicos sobre segurança e seu envolvimento no cuidado à saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 28, 2020. DOI: 10.12957/reuerj.2020.51948. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51948/36256,%20https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51948/36257,%20https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/86kp8,%20https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/2z6uc>. Acesso em: 04 abr 2024

TEIXEIRA, Cristiane Chagas *et al.* Professionals' beliefs in patient involvement for hospital safety. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 75, n. 4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0359>. Acesso em: 26 mai. 2024.

VENESOJA, Anu *et al.* Finnish emergency medical services managers' and medical directors' perceptions of collaborating with patients concerning patient safety issues: a qualitative study. **BMJ open**, v. 13, n. 4, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067754>. Acesso em: 23 mai. 2024.

WU, Fan *et al.* A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. **Nature**, [S.L.], v. 579, n. 7798, p. 265-269, 3 fev. 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3>. Acesso em: 05 ago. 2023.

## **ORGANIZADORAS**

**ROSANA ALVES DE MELO** - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutora em Inovação Terapêutica. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Dinâmicas de Desenvolvimento do Semiárido (PPGDIDES) e Professora adjunta do colegiado de enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [rosana.melo@univasf.edu.br](mailto:rosana.melo@univasf.edu.br).

**FLÁVIA EMÍLIA CAVALCANTE VALENÇA FERNANDES** - Enfermeira. Mestre em Gestão e Economia da Saúde. Doutora em Inovação Terapêutica. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Formação de Professores e Práticas Interdisciplinares (PPGFPPi) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Pernambuco. Professora Associada/Livre-Docente da Universidade de Pernambuco *campus* Petrolina, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [flavia.fernandes@upe.br](mailto:flavia.fernandes@upe.br)

## **INFORMAÇÕES DOS AUTORES**

**AILKYANNE KARELLY OLIVEIRA NASCIMENTO** – Enfermeira, especialista em Pneumologia, Secretaria Municipal de Saúde, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [karelyoliveira@outlook.com](mailto:karelyoliveira@outlook.com)

**ANA DULCE BATISTA DOS SANTOS** - Enfermeira, mestre em enfermagem. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [dulce.santos@univasf.edu.br](mailto:dulce.santos@univasf.edu.br)

**AMANDA GUADALUPE DINIZ CARVALHO** - Enfermeira. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [amanda.g.d.carvalho@gmail.com](mailto:amanda.g.d.carvalho@gmail.com)

**ANA CRISTINA PRETTO BÃO** - Enfermeira, doutora em enfermagem. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [anacbao@yahoo.com.br](mailto:anacbao@yahoo.com.br)

**CAMILA BITTENCOURT JACONDINO** - Enfermeira, doutora em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica Rio Grande do Sul., Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: [camilabjacondino@gmail.com](mailto:camilabjacondino@gmail.com)

**DENILÇA SOUTO SILVA** - Enfermeira, Especialista em Enfermagem Oncológica e Em UTI, Urgência e Trauma. Juazeiro, Bahia, Brasil. E-mail: [denysouto26@hotmail.com](mailto:denysouto26@hotmail.com)

**FLÁVIA EMÍLIA CAVALCANTE VALENÇA FERNANDES** – Enfermeira. Mestre em Gestão e Economia da Saúde. Doutora em Inovação Terapêutica. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Formação de Professores e Práticas Interdisciplinares (PPGFPPi) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Pernambuco. Professora Associada/Livre-Docente da Universidade de Pernambuco *campus* Petrolina, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [flavia.fernandes@upe.br](mailto:flavia.fernandes@upe.br)

**FRANCISCO JADSON SILVA BANDEIRA** - Enfermeiro, Doutor em Enfermagem e Saúde. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil. e-mail: [jadbandeira@gmail.com](mailto:jadbandeira@gmail.com)

**GERLENE GRUDKA LIRA** – Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Universidade de Pernambuco, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [gerlene.grudka@upe.br](mailto:gerlene.grudka@upe.br)

**JAIRAN MARTINS BRAZ** - Graduando em Enfermagem, UNOPAR, Arapiraca, Alagoas, Brasil. E-mail: [jairan0019@gmail.com](mailto:jairan0019@gmail.com)

**JHENYF KAROLINE DE ARAÚJO SILVA** - Enfermeira. Universidade de Pernambuco, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [jhenyf.karoline@gmail.com](mailto:jhenyf.karoline@gmail.com)

**JOÃO CARLOS SEDRAZ SILVA** - Engenheiro Mecânico, Doutor em Ciência da Computação. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [joao.sedraz@univasf.edu.br](mailto:joao.sedraz@univasf.edu.br)

**LUANNA COSTA PACHECO DE SOUZA** - Enfermeira, especialista em urgência e emergência. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [luanna.souza@ebserh.gov.br](mailto:luanna.souza@ebserh.gov.br)

**LUANA CARVALHO AMANDO OLIVEIRA** - Enfermeira pela Univesidade de Pernambuco, especialista em Melhoria do Cuidado das Pessoas com Condições Crônicas na APS, Enfermeira da APS do município de Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [luaamando01@gmail.com](mailto:luaamando01@gmail.com)

**MAÍRA KELY AMORIM NASCIMENTO** - enfermeira, mestre em Dinâmicas do Desenvolvimento do Semiárido. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Arapiraca, Alagoas, Brasil. E-mail: [nascimentomairaa@outlook.com](mailto:nascimentomairaa@outlook.com)

**MARIANA PEREIRA COELHO** - Enfermeira, especialista em urgência e emergência. Universidade de Pernambuco, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [mariana.pereiracoelho@upe.br](mailto:mariana.pereiracoelho@upe.br)

**RACHEL MOLA** - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem (UPE/UEPB). Docente adjunta Universidade de Pernambuco (UPE), campus Petrolina. Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [rachel.mola@upe.br](mailto:rachel.mola@upe.br)

**ROSANA ALVES DE MELO**- Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutora em Inovação Terapêutica. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Dinâmicas de Desenvolvimento do Semiárido (PPGDIDES) e Professora adjunta do colegiado de enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [rosana.melo@univasf.edu.br](mailto:rosana.melo@univasf.edu.br).

**ROXANA BRAGA DE ANDRADE TELES**- Enfermeira, doutora em Biotecnologia. Universidade de Pernambuco, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [roxana.andrade@upe.br](mailto:roxana.andrade@upe.br)

**SABRINA SANTOS DO NASCIMENTO** - Enfermeira, residente em transplante e captação de órgãos, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. Email: [santosnascimentosabrina@gmail.com](mailto:santosnascimentosabrina@gmail.com)

**SARA LARISSA DE MELO ARAÚJO** - Enfermeira, mestra em Ciências da Saúde e Biológicas. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [salarissama@gmail.com](mailto:salarissama@gmail.com)

**SIMONE COELHO AMESTOY**- Enfermeira, doutora em enfermagem. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [simone.amestoy@univaf.edu.br](mailto:simone.amestoy@univaf.edu.br)

**SYLMARA RIBEIRO DE SOUZA** – Advogada. Especialista em Direito Civil e Processo. Professora da UNIFTC e da FACESP.

**TATHIANNE RAYSSA LIMA VELOSO** - enfermeira, especialista em urgência e emergência. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [tathianne.veloso@gmail.com](mailto:tathianne.veloso@gmail.com)



 **FORMA**  
EDUCACIONAL

ISBN 978-658517540-1



9

786585

175401