

Marcela Rosa da Silva
Liane Unchalo Machado
Cristine Coelho Cazeiro
Paula Cristina Barth Bellotto
(Orgs.)

ASSISTÊNCIA INTEGRAL À **SAÚDE**

DESAFIOS E VULNERABILIDADES DA ASSISTÊNCIA



VOL. 2



científica digital



EDITORA CIENTÍFICA DIGITAL LTDA

Guarujá - São Paulo - Brasil

www.editoracientifica.com.br - contato@editoracientifica.com.br

Diagramação e Arte Edição © 2024 Editora Científica Digital

Equipe Editorial Texto © 2024 Os Autores

Imagens da Capa 1ª Edição - 2024

Adobe Stock - 2023 Acesso Livre - Open Access

© COPYRIGHT DIREITOS RESERVADOS. A editora detém os direitos autorais pela edição e projeto gráfico. Os autores detêm os direitos autorais dos seus respectivos textos. Esta obra foi licenciada com uma Licença de Atribuição Creative Commons – Atribuição 4.0 Internacional, permitindo o download e compartilhamento integral ou em partes, desde que seja citada a fonte, com os créditos atribuídos aos autores e obrigatoriamente no formato Acesso Livre (Open Access) e sem a possibilidade de alteração de nenhuma forma. É proibida a catalogação em plataformas com acesso restrito e/ou com fins comerciais.



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A848 Assistência integral à saúde: desafios e vulnerabilidades da assistência: volume 2 / Organizadoras Marcela Rosa da Silva, Liane Unchalo Machado, Cristine Coelho Cazeiro, et al. – Guarujá-SP: Científica Digital, 2024.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui Bibliografia

ISBN 978-65-5360-709-5

DOI 10.37885/978-65-5360-709-5

1. Saúde pública. I. Silva, Marcela Rosa da (Organizadora). II. Machado, Liane Unchalo (Organizadora). III. Cazeiro, Cristine Coelho (Organizadora). IV. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Janaina Ramos – CRB-8/9166

Índice para catálogo sistemático:

I. Saúde pública

E-BOOK

ACESSO LIVRE ON LINE - IMPRESSÃO PROIBIDA

2024

Marcela Rosa da Silva
Liane Unchalo Machado
Cristine Coelho Cazeiro
Paula Cristina Barth Bellotto
(Orgs.)

Assistência integral à saúde: desafios e vulnerabilidades da assistência

Volume 2

1ª EDIÇÃO



científica digital

2024 - GUARUJÁ - SP

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. André Cutrim Carvalho
Prof. Dr. Antônio Marcos Mota Miranda
Profª. Ma. Auristela Correa Castro
Prof. Dr. Carlos Alberto Martins Cordeiro
Prof. Dr. Carlos Alexandre Oelke
Profª. Dra. Caroline Nóbrega de Almeida
Profª. Dra. Clara Mockdece Neves
Profª. Dra. Claudia Maria Rinhel-Silva
Profª. Dra. Clecia Simone Gonçalves Rosa Pacheco
Prof. Dr. Cristiano Marins
Profª. Dra. Cristina Berger Fadel
Prof. Dr. Daniel Luciano Gevehr
Prof. Dr. Diogo da Silva Cardoso
Prof. Dr. Ernane Rosa Martins
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes
Prof. Dr. Fabricio Gomes Gonçalves
Profª. Dra. Fernanda Rezende
Prof. Dr. Flávio Aparecido de Almeida
Profª. Dra. Francine Náthalie Ferraresi Queluz
Profª. Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes

Prof. Dr. Humberto Costa
Prof. Dr. Joachin Melo Azevedo Neto
Prof. Dr. Jónata Ferreira de Moura
Prof. Dr. José Aderval Aragão
Prof. Me. Julianno Pizzano Ayoub
Prof. Dr. Leonardo Augusto Couto Finelli
Prof. Dr. Luiz Gonzaga Lapa Junior
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva
Profª. Dra. Maria Cristina Zago
Profª. Dra. Maria Otília Zangão
Prof. Dr. Mário Henrique Gomes
Prof. Dr. Nelson J. Almeida
Prof. Dr. Octávio Barbosa Neto
Prof. Dr. Pedro Afonso Cortez
Prof. Dr. Reinaldo Pacheco dos Santos
Prof. Dr. Rogério de Melo Grillo
Profª. Dra. Rosenery Pimentel Nascimento
Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin
Prof. Me. Silvio Almeida Junior
Profª. Dra. Thays Zigante Furlan Ribeiro
Prof. Dr. Wescley Viana Evangelista
Prof. Dr. Willian Carboni Viana
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme

Acesse a lista completa dos Membros do Conselho Editorial em www.editoracientifica.com.br/conselho

Parecer e revisão por pares

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Editora Científica Digital, sendo aprovados na revisão por pares e indicados para publicação.

Nota: Esta obra é uma produção colaborativa, tornando-se uma coletânea com reservas de direitos autorais para os autores. Alguns capítulos podem ser derivados de outros trabalhos já apresentados em eventos acadêmicos, todavia, os autores foram instruídos ao cuidado com o autoplágio. A responsabilidade pelo conteúdo de cada capítulo é exclusiva dos/as respectivos/as autores/as, não representando, necessariamente, a opinião da editora, tampouco dos organizadores e membros do conselho editorial.

APRESENTAÇÃO

Esta obra constituiu-se a partir de um processo colaborativo entre professores, estudantes e pesquisadores que se destacaram e qualificaram as discussões neste espaço formativo. Resulta, também, de movimentos interinstitucionais e de ações de incentivo à pesquisa que congregam pesquisadores das mais diversas áreas do conhecimento e de diferentes Instituições de Educação Superior públicas e privadas de abrangência nacional e internacional. Tem como objetivo integrar ações interinstitucionais nacionais e internacionais com redes de pesquisa que tenham a finalidade de fomentar a formação continuada dos profissionais da educação, por meio da produção e socialização de conhecimentos das diversas áreas do Saberes.

Agradecemos aos autores pelo empenho, disponibilidade e dedicação para o desenvolvimento e conclusão dessa obra. Esperamos também que esta obra sirva de instrumento didático-pedagógico para estudantes, professores dos diversos níveis de ensino em seus trabalhos e demais interessados pela temática.

As organizadoras

SUMÁRIO

Capítulo 01

DESENVOLVIMENTO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA OS PORTADORES DE HEMOGLOBINA ANÔMALA

Alcínia Braga de Lima Arruda; Mara Cibebe Amaro Melo; Adriano Evangelista Maia; Amanda Aparecida de Lima Arruda

doi 10.37885/240616866 8

Capítulo 02

DESIGUALDADES EM SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS: UMA ANÁLISE DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS, CULTURAIS E AMBIENTAIS

Camila Azevedo Penha; Reinaldo Martins Custódio Neto; Isabela Mayumi Nishino Aizawa; Evelyn Vitória Azevedo de Souza; Luciana Guerze Teixeira; Pedro Henrique Rodrigues Brito; Fernanda Gabrielle Cadore; Carlos Nei Coquemala Júnior; Brenda Pestana de Souza; Beatriz Medrado Pereira

doi 10.37885/240616838 25

Capítulo 03

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA: IMPACTOS, ÉTICA E EFICIÊNCIA

Daniela Alves Dantas; Thiago de Lima Castro; Jânio Felipe Ribeiro de Souza; Bruno Carvalho Diniz; Gabriely Gomes de Corduva; Tatiana de Lima Tanaka; André Luiz Siqueira da Silva; Tiago Gonçalves de Araújo; Kassio Romulo Veras Leite; Ana Luiza Neves Brito

doi 10.37885/240616885 36

Capítulo 04

NÍVEL DE ESTRESSE E ATIVIDADE FÍSICA EM RESIDENTES VINCULADOS A UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO SUL DO BRASIL

Ana Carolina Severo; Tiago da Rosa Rambo; Djennifer Raquel da Rosa; Luana dos Passos Vieira; Betina Breyer Figueiró; Laura Lersch Bellini; Marina Möhlecke de Souza; Gabriel Sebastião Cardoso; Dulciane Nunes Paiva; Éboni Marília Reuter

doi 10.37885/240616953 49

Capítulo 05

PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO IDOSO COM HIPERTENSÃO

Millena Vitória Vieira Feitosa; Mariana Barreto Serra; William Bergues de Souza Travassos

doi 10.37885/240616948 64

Capítulo 06

SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR

Juliana Mitre da Silva

 10.37885/240616806 **73**

SOBRE AS ORGANIZADORAS **81**

ÍNDICE REMISSIVO **83**

DESENVOLVIMENTO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA OS PORTADORES DE HEMOGLOBINA ANÔMALA

AlcÍnia Braga de Lima Arruda
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Mara Cibeles Amaro Melo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Adriano Evangelista Maia
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Amanda Aparecida de Lima Arruda

RESUMO

A resolução RDC nº153, de 04 de junho de 2004 do Ministério da Saúde, determinou a obrigatoriedade da triagem de hemoglobinopatias nos doadores de sangue do Brasil, assim esse diagnóstico passou a ser importante para os Hemocentros públicos, a fim de melhorar a qualidade do sangue a ser transfundido. Torna-se necessário estabelecer uma política de acompanhamento e aconselhamento genético para os portadores de traço falcêmico e hemoglobinas anômalas, bem como um instrumento simplificado de conteúdo claro e objetivo capaz de contribuir na educação e esclarecimentos sobre a condição genética do doador de sangue. As tecnologias educativas agem como um meio atenuante no processo de promoção da saúde, pois permitem a construção de um aprendizado mais efetivo dos sujeitos que recebem a informação. Dentre essas tecnologias, destaca-se a cartilha por ser uma ferramenta capaz de contribuir com resultados positivos e relevantes aos participantes dos processos de ensino à saúde. Objetivou-se elaborar uma cartilha educativa para os candidatos à doação de sangue que são portadores de hemoglobina anômala para um Hemocentro público de referência. Desenvolveu-se um estudo metodológico, em que se construiu a cartilha a partir das seguintes etapas: levantamento bibliográfico; elaboração do esboço da cartilha, diagramação e composição do *layout*. Como resultado foi elaborada uma cartilha intitulada “Hemoglobina Anômala é um Problema de Saúde?”. A elaboração da cartilha seguiu requisitos básicos para elaboração de material educativo, com uma linguagem clara e objetiva. O instrumento teve o desenvolvimento do seu conteúdo dividido em tópicos em forma de perguntas, para facilitar a compreensão sobre o assunto abordado. A construção da cartilha contou com auxílio de um *designer* gráfico, para delineamento e *layout*. A cartilha foi constituída por elementos da parte externa representada pela capa, e elementos da parte interna compostos por: uma contracapa, uma página com elementos pré-textuais referente ao sumário; 15 páginas textuais referentes à apresentação e ao conteúdo educativo contendo 15 ilustrações pertinentes ao assunto; uma página com elementos pós-textuais contendo as referências; uma página destinada às anotações e a última página com espaço reservado para anexar o laudo do exame, totalizando 21 páginas.

Todavia, a cartilha ainda precisa ser avaliada e validada por especialistas, para que seja aperfeiçoada e viabilizada como um material de qualidade.

Palavras-chave: Doadores de Sangue, Hemoglobina S, Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

A transfusão de sangue é uma terapia que salva vidas e é processo complexo que compreende a captação dos doadores, as triagens pré-clínica e clínica, a coleta de sangue, os exames sorológicos e imunohematológicos, a determinação do tipo de hemoglobina, o armazenamento, o fracionamento, o processamento e a distribuição do sangue, a transfusão e o monitoramento dos pacientes receptores do sangue (BRASIL, 2004; BRASIL, 2016).

Dentre os exames realizados durante o processo transfusional, tem-se a determinação do tipo de hemoglobina do candidato à doação de sangue. Esse exame tornou-se obrigatório em todos os bancos de sangue do Brasil, a partir da resolução RDC nº153, de 04 de junho de 2004 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; ANTWI-BAFFOUR *et al.*, 2015; PEREIRA, 2019; ROSENFELD *et al.*, 2019; TAVARES *et al.*, 2022).

O rastreamento da variante de hemoglobina durante o processo transfusional é obrigatório porque os defeitos genéticos da hemoglobina são as doenças genéticas (hemoglobinopatias) mais comuns em todo o mundo e muitos portadores da hemoglobina anômala são geralmente assintomáticos, descobrindo sua condição durante a doação de sangue (VALER *et al.*, 2012; BERNIERE; FIOR; ARDENGHI, 2017; SOUZA, 2018).

As variantes de hemoglobinas decorrem de distúrbios quantitativos ou qualitativos na síntese das cadeias polipeptídicas da hemoglobina, resultando na formação de moléculas de hemoglobina com características bioquímicas e físico-químicas diferentes da hemoglobina normal (VALER *et al.*, 2012; PINTO *et al.*, 2022; TAVARES *et al.*, 2022). Dentre as hemoglobinas variantes anormais, as mais frequentes na população brasileira são as hemoglobinas S (HbS) e a C (HbC). Os portadores heterozigotos da HbS (traço falciforme) e da HbC são clinicamente e hematologicamente saudáveis, podendo realizar a doação de sangue. Porém, após a confirmação dos exames, este sangue é processado e fracionado em plasma, plaqueta e concentrado de hemácias. As bolsas de sangue processadas são devidamente identificadas com a sigla HbAS ou de acordo com os diversos tipos de hemoglobinas variantes (AC, AD, SC, SD etc.) (BRASIL, 2016; VIEIRA, 2016; PEREIRA, 2019; BATISTA *et al.*, 2020; PINTO *et al.*, 2022).

Quando o hemocentro confirma que o candidato à doação possui um tipo de hemoglobina anômala, é encaminhado para este uma carta solicitando o seu comparecimento para esclarecimentos sobre o resultado do exame. Alguns candidatos à doação não comparecem e outros se apresentam na instituição com muitas dúvidas sobre o significado do resultado. O médico hematologista responsável realiza esclarecimentos e emite uma carta com informações básicas e com o resultado do exame. Esses doadores, apesar de serem assintomáticos, necessitam de um aconselhamento genético, pois eles podem ser possíveis genitores de crianças com hemoglobinopatias (MACHADO, 2015; BRASIL, 2016; VIEIRA, 2016).

O objetivo do aconselhamento genético é informar ao doador sobre suas características genéticas, sobre o risco potencial que tem de gerar filhos com a doença falciforme e permitir que este tome decisões equilibradas a respeito da procriação (RAMALHO; MALTA, 2007).

O aconselhamento genético é uma medida eficaz de orientação quanto ao planejamento familiar e para a adoção de cuidados em saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012; PEREIRA, 2019; ROSENFELD *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2024). Porém, esse processo é difícil, porque o indivíduo responsável pelo aconselhamento genético deve ter grande habilidade de comunicação para fornecer as informações de forma completa e segura para o doador, cujo entendimento independa do seu nível de escolaridade e da sua condição sociocultural (RAMALHO; MALTA, 2007).

Para ajudar no aconselhamento genético e na compreensão do referido assunto é relevante o compartilhamento de informações entre os doadores de sangue. É importante que os profissionais da área de saúde e as instituições desenvolvam programas de educação em saúde para esclarecer todo o processo transfusional e as peculiaridades de cada exame realizado. Um bom exemplo de divulgação de informações é o uso de material didático, sendo a cartilha, a tecnologia educacional gráfica mais utilizada para este fim.

As cartilhas educativas são materiais impressos utilizados nos espaços formais e informais da educação, tendo a função de reforçar as orientações verbalizadas, compartilhar informações importantes acerca da prevenção, do controle e do tratamento de doenças e auxiliar nas tomadas de decisões (SILVA *et al.* 2015; ALMEIDA, 2017; RAMOS; ARAÚJO, 2017; LIMA, 2018; TORRES; PAULA, 2019; JORGE; PEDROSA, 2022, LIMA, 2022; ARRUDA *et al.*, 2022).

A cartilha permite a construção de um aprendizado mais efetivo pelos sujeitos que recebem a informação e, a partir do aprendizado obtido, os usuários executam de maneira efetiva o seu autocuidado (TORRES *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2014; LIMA, 2018; VALE *et al.*, 2020; ARRUDA *et al.* 2022).

OBJETIVO

Descrever o processo de produção de uma cartilha educativa com o intuito de orientar os candidatos à doação de sangue portadores de hemoglobina anômala.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, descrevendo as etapas envolvidas na confecção de uma cartilha educativa.

Inicialmente foi realizado o levantamento bibliográfico, sendo consultadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Foram utilizados os descritores: hemoglobina anômala; doadores de sangue; educação em saúde e matérias de ensino. Livros e publicações do Ministério da Saúde, também foram usados para compor o presente trabalho.

Posteriormente à busca bibliográfica, foi feita a seleção e leitura das publicações pertinentes ao tema. Em seguida, ocorreu a seleção dos conteúdos pré-textual e textual, das imagens, tipo e tamanho das letras, cor do fundo do texto, tamanho do papel, dentre outros, para compor a cartilha.

A terceira fase de elaboração da cartilha correspondeu à montagem desta. As ilustrações utilizadas na cartilha educativa foram desenvolvidas por um profissional de artes gráficas e a linguagem, o layout e o design foram criados pelo autor do estudo, efetivados com auxílio dos programas software *Word* e *Powerpoint*.

Vale ressaltar que em todas as etapas da montagem da cartilha foram utilizadas as recomendações de Moreira e colaboradores (2003), os quais recomendam alguns critérios para a elaboração de material educativo impresso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foi realizada a busca bibliográfica para compor a montagem da cartilha, sendo obtidos artigos científicos, monografias, dissertações, livros didáticos, resoluções e manuais do Ministério da Saúde. Através do levantamento bibliográfico podemos observar a existência de várias cartilhas, porém, essas não estavam direcionadas para doadores de sangue portadores de hemoglobina anômala.

Após a pesquisa bibliográfica, ocorreu a seleção das publicações mais relevantes contidos na literatura. A autora elaborou um esboço da cartilha, utilizando o programa *Word*, definindo as principais perguntas e respostas acerca do tema. Resultando, assim, em textos que iriam compondo cada etapa do assunto abordado na ordem das possíveis indagações dos candidatos à doação de sangue, de forma a deixar o mais didático possível. Foi também imprescindível a adaptação da linguagem científica para uma linguagem mais simples que fosse acessível para o público-alvo de acordo com o nível de escolaridade desses, assim, os termos científicos mais relevantes sobre o tema foram explicados de forma clara e objetiva para facilitar o entendimento dos leitores.

A literatura afirma que a etapa de levantamento bibliográfico é fundamental para a montagem de materiais educativos, uma vez que condiciona o indivíduo a se aprofundar sobre o assunto com informações atualizadas e confiáveis (DODT, XIMENES, ORIÁ, 2012; REBERTE, HOGA, GOMES, 2012; COSTA *et al.*, 2013). Além disso, Lima (2014) acrescenta que a fundamentação científica dá segurança ao leitor, facilitando a aquisição do conhecimento.

Na preparação de um texto deve-se usar uma redação adequada ao nível educacional e cultural do leitor e evitar o uso de gírias e termos arcaicos, pois esses fatores dificultam o entendimento do conteúdo transcrito e desmotivam a leitura (BENEVIDES *et al.*, 2016).

Para a montagem do layout, das ilustrações e da organização do texto, o material educativo foi encaminhado para um *designer* gráfico profissional, seguindo os fundamentos descritos por Moreira e colaboradores (2003). Nessa etapa foi selecionada a composição e o desenvolvimento de todos os elementos gráficos.

Foi escolhido para a cartilha o título "Hemoglobina Anômala é um problema de saúde?" e foi selecionado esse título interrogativo por uma questão didática e por se tornar mais atrativo em relação à principal expectativa do doador. Cada

tópico da cartilha se apresentou sequencialmente em forma de pergunta para promover a ideia de comunicação, para que o material além de esclarecer as dúvidas existentes, pudesse contribuir para sanar possíveis questionamentos no futuro. Assim, o doador foi sendo introduzido aos poucos nos conteúdos como se estivesse mantendo um diálogo com o profissional de saúde (que realiza o aconselhamento genético). Segundo Benevides *et al.* (2016) e Lessa *et al.* (2018), as cartilhas devem manter a interação entre o locutor e receptor utilizando perguntas curtas, como se estivesse mantendo uma conversa, pois esse estilo de escrita é mais natural e de fácil compreensão.

Foram utilizadas 17 ilustrações coloridas, as quais tiveram o objetivo de ajudar na interpretação do tema abordado. Foram selecionados desenhos que complementassem os textos, favorecendo a explicação. Houve também o cuidado na criação das gravuras, para que o leitor, mesmo com um baixo nível de escolaridade, pudesse absorver o máximo de informação.

Dentre as ilustrações, utilizou-se um personagem que representasse o doador de sangue. Moreira *et al.* (2003) e Martins *et al.* (2019) reforçam que a ilustração deve possibilitar que os leitores se identifiquem com o personagem ilustrado, se reconheçam com as circunstâncias propostas nos desenhos e imaginem-se experimentando as ocorrências propostas no material.

Em relação a aparência da cartilha, destacamos aspectos importantes como a escolha da fonte, tamanho e cor das letras. Não foi empregada vários tipos de fontes e tamanhos e cores diferentes de letra em uma mesma página porque esses elementos podem desorientar o leitor fazendo com que este perca o interesse na leitura. Também não foram utilizados nos textos parágrafos longos, visto que a utilização de frases extensas acaba por diminuir a celeridade da leitura, tornando-a cansativa e desinteressante (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Para o *layout* da cartilha prevaleceu o uso da *Times New Roman* para as letras (que é uma fonte simples e objetiva) com tamanho da letra 24, em negrito na capa, 18 e em negrito para os títulos e 18 para os textos. Para Cordeiro *et al.* (2017) e Santos *et al.* (2023), as ilustrações e o *layout* são elementos importantes, pois tornam a leitura mais prazerosa.

A impressão escolhida foi da letra preta sobre o fundo vermelho claro, dando um contraste no texto e foi usada a impressão fosca para reduzir o brilho. Esses recursos não cansam a visão e facilitam a leitura (AMARAL, 2020).

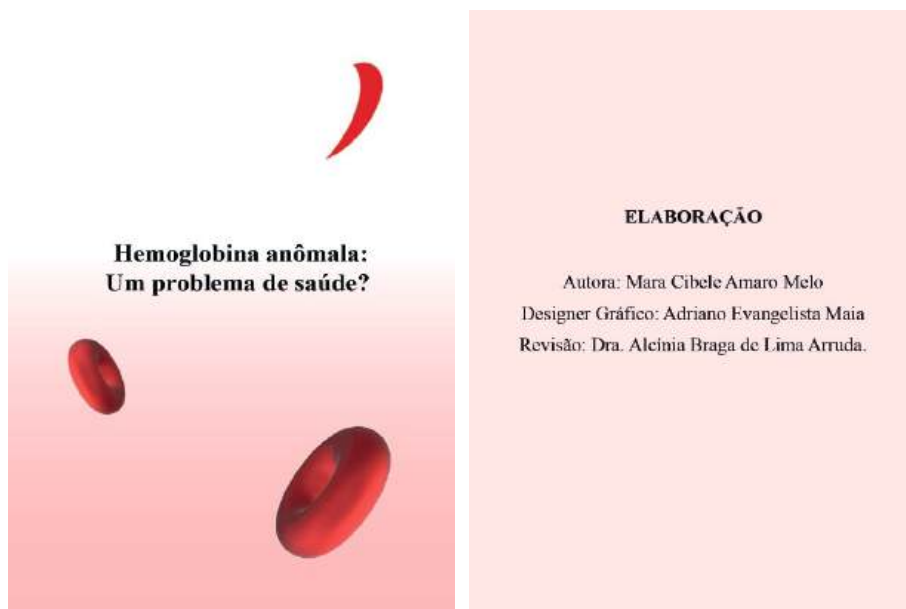
O conteúdo da cartilha educativa foi dividido em apresentação e conteúdo educativo, sendo esse último subdividido em tópicos no formato de perguntas, discutindo o tema (candidatos a doação de sangue portadores de hemoglobina anômala) em uma ordem que inicia com a definição da condição genética e finaliza com as possíveis consequências.

Em relação ao tamanho da cartilha, foi utilizado a dimensão padrão para todas as páginas, sendo 20 centímetros de altura e 15 centímetros de largura, com o intuito de ajudar no manuseio e transporte em uma bolsa ou pasta (ARRUDA *et al.*, 2022).

À medida que o design gráfico confeccionava cada página da cartilha, eram realizadas as correções e após a montagem de quatro modelos de cartilha, foi realizada a escolha da mais apropriada para atingir os objetivos.

Na sequência há a apresentação das imagens referentes a composição da cartilha:

Figura 1 - Capa e contracapa da cartilha.



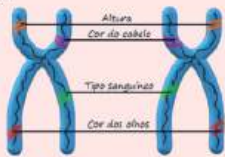
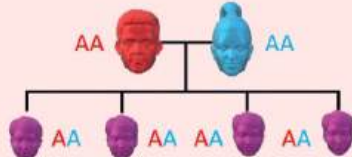
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 2 – Apresentação e sumário.

APRESENTAÇÃO	
Este manual tem como objetivo fornecer informações básicas aos candidatos doadores de sangue que são portadores de hemoglobina anômala.	
As informações médicas são compostas, na maioria das vezes, por termos técnicos, específicos e de difícil compreensão pela maioria dos usuários. Assim, esperamos que essa cartilha possa esclarecer de forma simples as dúvidas existentes.	
Qualquer comentário ou sugestão será muito bem-vindo para colaborar com esse material educativo.	
SUMÁRIO	
Um pouquinho de genética.....	05
O que é hemoglobina?.....	06
Afinal, o que é traço falciforme?.....	08
E o que é Anemia Falciforme?.....	10
E existem outros tipos hemoglobinas anormais?.....	12
Eu tenho hemoglobina anômala. E agora? estou doente?.....	14
Posso apresentar algum sintoma sendo portador de hemoglobina anômala?.....	15
E como serão os meus filhos?.....	16
O exame só pode ser feito quando for doar sangue?.....	17
E o meu sangue será descartado?.....	18
Anotações.....	19
Referências.....	20
Meu exame.....	21

Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 3 - Páginas 5 e 6 da cartilha, parte inicial do conteúdo educativo.

Um pouquinho de genética.... Tudo o que somos depende das heranças genéticas que recebemos de duas pessoas, do nosso pai (espermatozoide) e da nossa mãe (óvulo). Herdamos genes da cor dos olhos, do tipo de cabelo, do formato do nariz, da altura e portanto, essas características são fáceis de diferenciar.  No entanto, aspectos relacionados à estrutura sanguínea necessita de exames específicos. Portanto, tudo que é composto no nosso corpo também é passado pelos genes (traços). Aqui estudaremos um componente do nosso principal interesse, a hemoglobina. 05	O que é HEMOGLOBINA? É uma substância que fica dentro do glóbulo vermelho e que dá a cor vermelha ao sangue, essa proteína tem a função de levar oxigênio para os tecidos do corpo. A hemoglobina normal é chamada de “AA” (um gene “traço A” veio do pai e outro “traço A” veio da mãe). O diagrama abaixo, representa os genes herdados para a formação da hemoglobina:  06
---	--

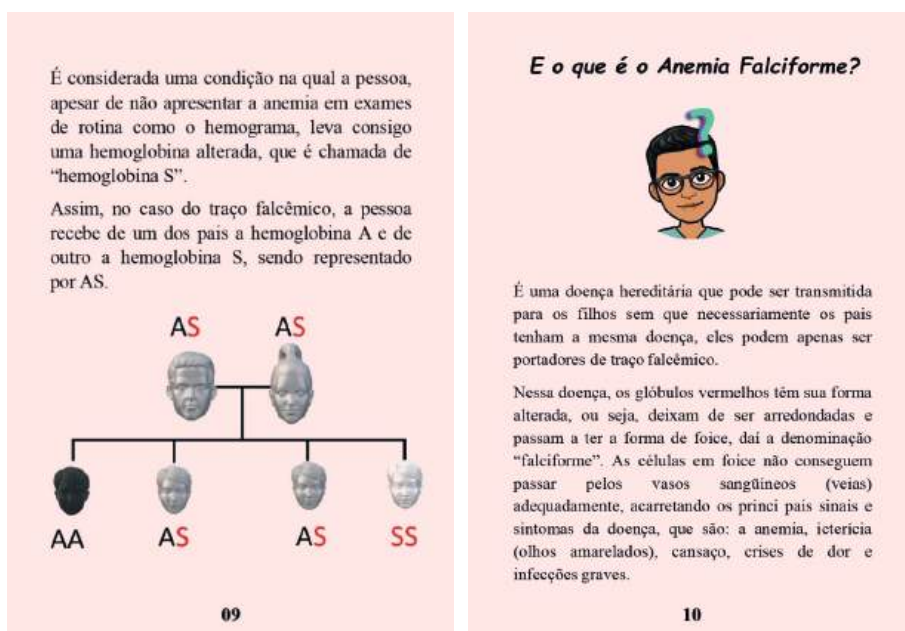
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 4 - Páginas 7 e 8 da cartilha, conteúdo educativo.



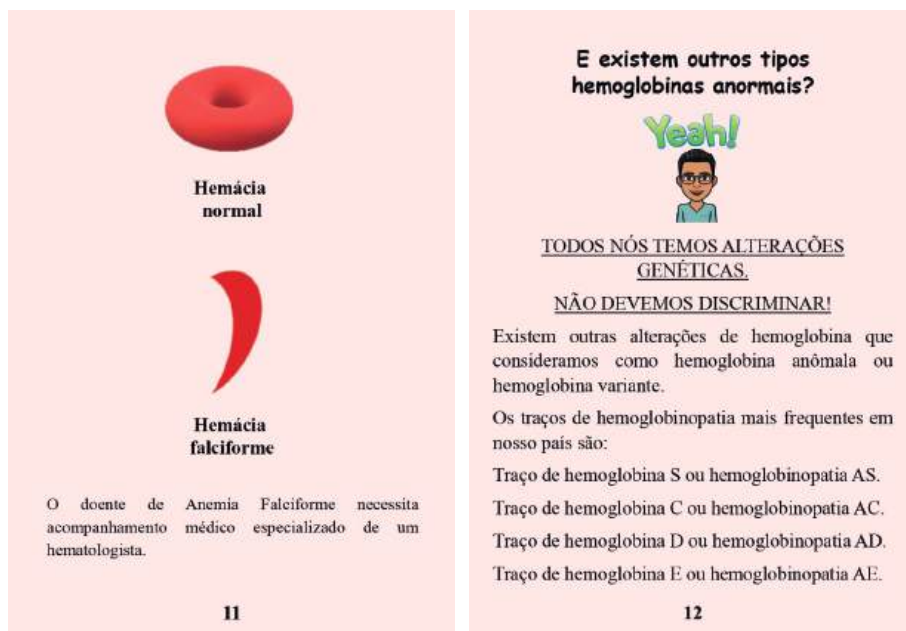
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 5 - Páginas 9 e 10 da cartilha, conteúdo educativo.



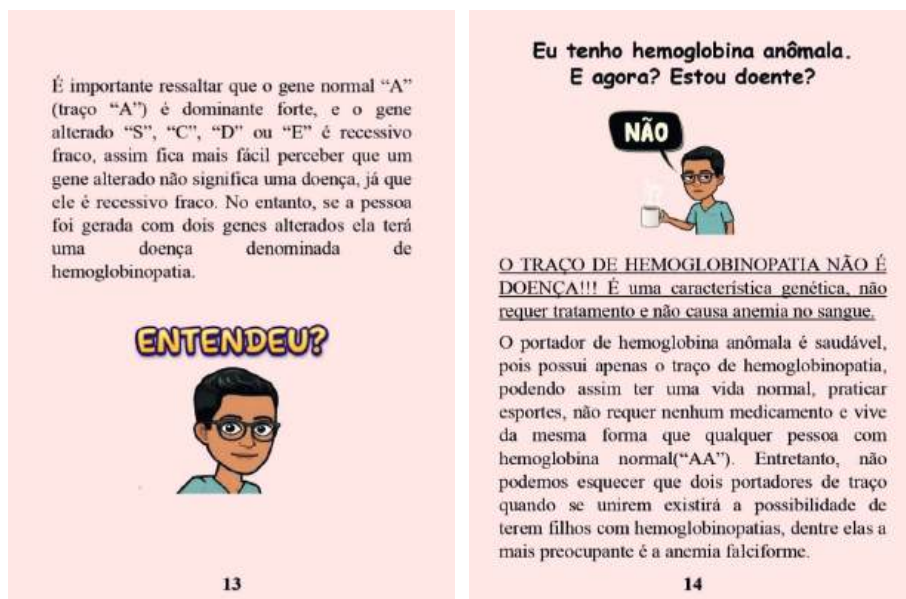
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 6 - Páginas 11 e 12 da cartilha, conteúdo educativo.



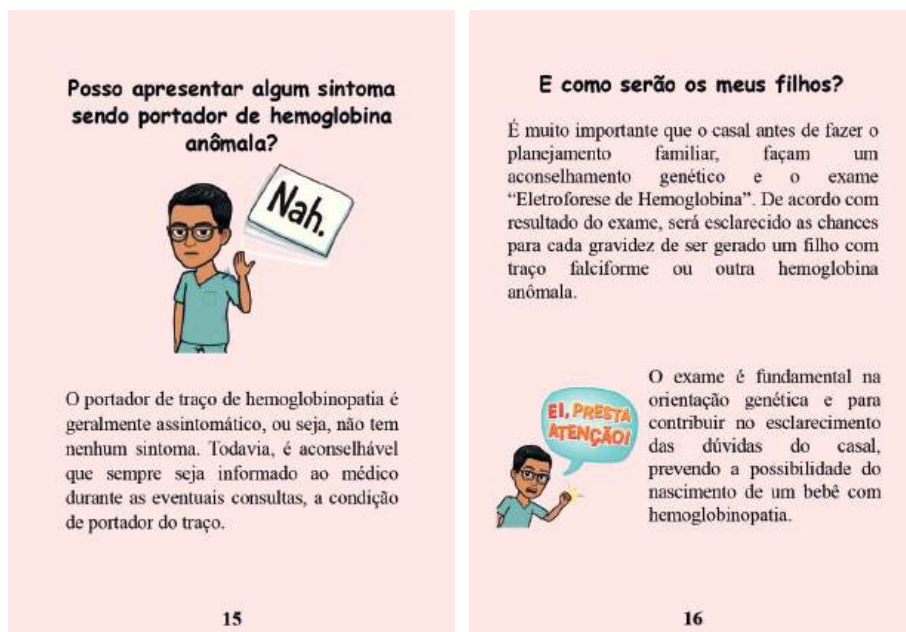
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 7 - Páginas 13 e 14 da cartilha, conteúdo educativo.



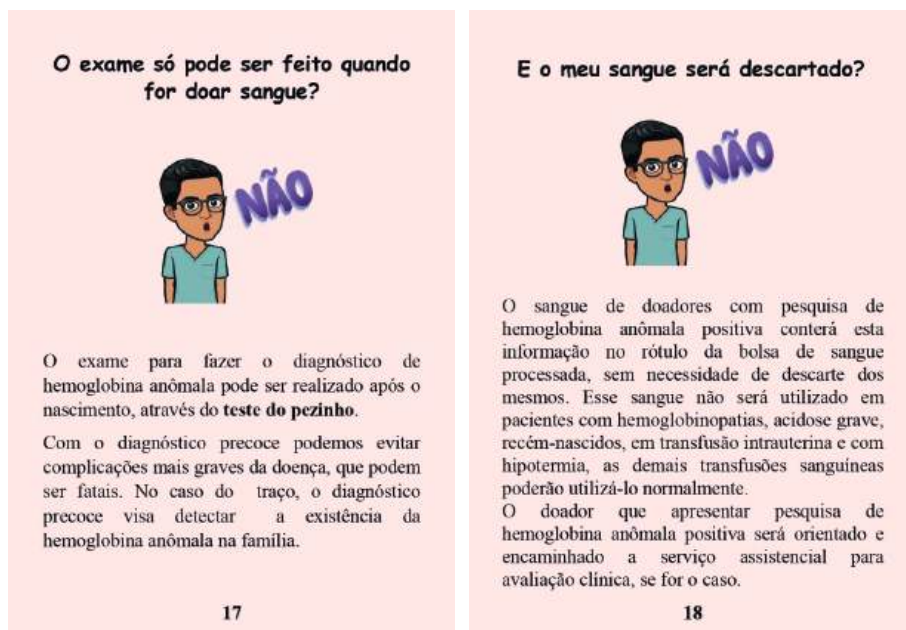
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 8 - Páginas 15 e 16 da cartilha, conteúdo educativo.



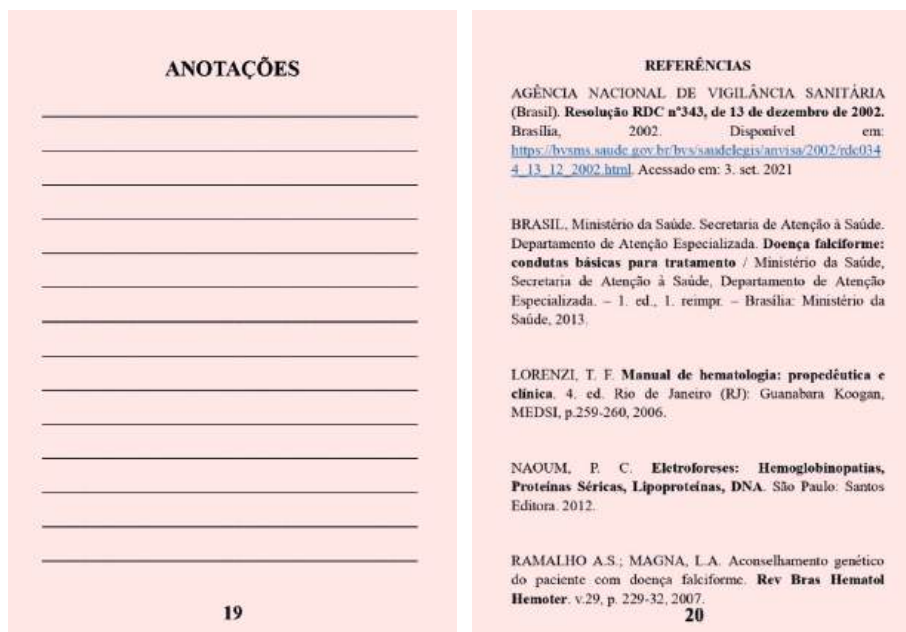
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 9 - Páginas 17 e 18 da cartilha, conteúdo educativo.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 10 - Páginas 19 e 20 da cartilha, anotações e referências.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 11 - Páginas 21 da cartilha, resultado do exame.



Fonte: Elaborada pela autora.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção da cartilha foi exitoso e esta foi intitulada de “Hemoglobina Anômala é um problema de Saúde?”. O material educativo foi composto por elementos básicos: capa, contracapa, uma página com elementos pré-textuais referente ao sumário, 15 páginas textuais referentes à apresentação e conteúdos educativos, uma página com elementos pós-textuais com as referências, uma página destinada às anotações e uma página para anexar o resultado do exame, totalizando 21 páginas.

A referida cartilha, diante de suas possíveis aplicações, poderá difundir o conhecimento não somente entre os doadores, como também para toda a sua família, todavia essa ainda precisa ser avaliada e validada por especialistas, para que seja aperfeiçoada e futuramente viabilizada como um material educativo de qualidade.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. **Design de informação como ferramenta para a elaboração de uma cartilha com exercícios de Yoga para redução da ansiedade em idosos**. Trabalho de Conclusão de curso. Bacharel do curso de design. Universidade do Sul de Santa Catarina. Florianópolis, 2020.

ARRUDA, A.B.L.; LIMA, C. N. Desenvolvimento de uma cartilha educativa sobre a prevenção e controle do diabetes. **Open Science Research VII**. 7ª ed. São Paulo: Editora Científica Digital. volume 7, capítulo 86, 2022.

ANTWI-BAFFOUR S. Prevalência da característica da hemoglobina S no sangue doadores: um estudo transversal. **Notas Res do BMC**. v. 8, n. 583, p. 2-6, 2015.

BATISTA, G.S; SANTOS, N.A. *et al*. Hemoglobinopatias: investigação em sangue periférico de acadêmicos de uma universidade de Alfenas – MG. **Rev. Med. (São Paulo)**. v.99, n.3, p.246-50, 2020.

BENEVIDES, J.L.; COUTINHO, J.FV. *et al*. Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.50, n.2, p.306-12, 2016.

BERNIERI, T.; FIOR, D.; ARDENGHI, P.G. Prevalência de hemoglobina S em doadores de sangue do Hemocentro de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. v.19, n.4, p. 104-108, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 153, de 14 de junho de 2004. Aprova as normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados e dá outras providências**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Segurança transfusional: um olhar sobre os serviços de hemoterapia das regiões norte e centro-oeste do Brasil. Resumo das monografias finais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 466 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.** Brasília, DF, 2016.

CORDEIRO, L.I.; LOPES, T.O.; LIRA, L.E.A. *et al.* Validation of educational booklet for HIV/AIDS prevention in older adults. **Rev. Bras. Enferm.** v.70, n.4, p.775–82, 2017.

COSTA, P. B.; CHAGAS, A. C. M. A. *et al.* Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. **Rev. Rene.**, v. 14, n. 6, p. 1160-1167, 2013.

DODT, R. C. M.; ORIÁ, M. O. B; XIMENES, L. B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. **Acta. Paul. Enferm.** v. 25, n. 2, p 225-230, 2012.

JORGE, M.S.B.; PEDROSA, K.A. Cartilhas em cuidados e promoção da saúde mental na pandemia da COVID-19 como ferramentas da educação em saúde: revisão de escopo. **Research, Society and Development.** v. 11, n. 7, p.1-9, 2022.

LESSA, L.P; SANTOS SILVA, R.K. *et al.* Construção de uma cartilha sobre educação no trânsito para adolescentes. **Rev. Enferm. UFPE.** v. 12, n.10, p.2737-42, 2018.

LIMA, A. C. M. A. C. C. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da transmissão vertical do HIV.** 2014. 138 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2014.

LIMA, K. F. **Cartilha educativa para a promoção da autoeficácia de pais e/ou cuidadores no controle e manejo da asma em crianças: validação de conteúdo.** 2018. 176 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

LIMA, L.B. **Construção de cartilha educativa como forma de promoção em saúde para prevenção de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) em docentes de ensino médio.** 2022. 45p. Monografia. Graduação em Fisioterapia. Universidade de Brasília – UNB. Ceilândia, 2022.

MACHADO, L. M. S. **Traço falciforme e sua prevalência em doadores no hemocentro de Ribeirão Preto, núcleos e unidades.** 2015. Tese (Doutorado) do Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP. Ribeirão Preto. São Paulo, 2015.

MARTINS, R.M.G.; DIAS, I.K.R. *et al.* Desenvolvimento de uma cartilha para a promoção do autocuidado na hanseníase. **Rev. Enferm. UFPE.** v. 13, p. e239873, 2019.

MOREIRA, M. F.; NOBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003.

OLIVEIRA, S. C.; LOPES, M. V. O.; FERNANDES, A. F. C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Rev. Lat. Am. Enfermagem.** v. 22, n.4, p.611-20, 2014.

PEREIRA, H.C. **Prevalência de traço falciforme em doadores de sangue no estado de Rondônia entre os anos de 2017 e 2018.** 2019. 60p. Monografia. Graduação em Farmácia. Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Ariquemes – RO, 2019.

PINTO, E.M.; LADEIRA, V.S. *et al.* Prevalência de traço falciforme em doadores de sangue da região Centro-Oeste do Estado de Minas Gerais. **Rev. Med. Minas Gerais.** v. 32: e-32102, 2022.

RAMALHO, A. S.; MAGNA, L. A. Aconselhamento genético do paciente com doença falciforme. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** v. 29, n. 3, p. 229-232, 2007.

RAMOS, L. M. H.; ARAÚJO, R. F. R. Uso de cartilha educacional sobre diabetes mellitus no processo de ensino e aprendizagem. **Ensino, Saúde e Ambiente.** v.10, n.3, p. 94-105, 2017.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. Process of construction of na educational booklet for health promotion of pregnant women. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 20, n. 1, p. 101-108, 2012.

ROSENFELD, L.G. *et al.* Prevalência de hemoglobinopatias na população adulta brasileira: pesquisa nacional de saúde 2014-2015. **Rev. Bras. Epidem.** v. 22, n. suppl 02, 2019.

SANTOS, C.L.J.; SILVA, A.S. *et al.* Validity of a booklet to promote the health of people with diabetes in the face of COVID-19. **Rev. Bras. Enferm.** v.76 (Supl 1), p.1-7, 2023.

SILVA, A. N. B. *et al.* Elaboração de material didático para educação em saúde direcionado para hipertensão arterial. **Revista Saúde,** v. 41, n.1, p.175-184, 2015.

SILVA, M.S.; FERNANDES, J.C.; ALVES, V.M. *et al.* A importância dos cuidados multidisciplinares e do aconselhamento genético em pacientes portadores de anemia falciforme: além dos aspectos bioquímicos da doença. **Cuadernos de Educación y Desarrollo.** v.16, n.2, p. 01-10, 2024.

SOUZA, V.B.; SILVA, J.S.; BARROS, M.C.; FREITAS, P.S.P. Tecnologias leves na saúde como potencializadores para qualidade da assistência às gestantes. **Rev. Enferm. UFPE online.** v.8, n.5, p.1388-93, 2014.

SOUZA, C. M.C.R. **Deteção de hemoglobinas alteradas em doadores de sangue no Hemovida Serviços de Hemoterapia LTDA.** 2018. 38 f.: il. Monografia (Graduação) - Curso de Biomedicina. Centro de Biociências. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2018.

Tavares, J.C.A; Pinheiro, A.C. *et al.* Triagem de hemoglobina variante na população adulta de doadores de sangue em um hemocentro público do Recife. **Hematology, transfusion and cell therapy.** v. 44, supplement 2, p. S376-S377, 2022.

TORRES, H.C.; CANDIDO, N.A.; ALEXANDRE L.R. *et al.* O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Rev. Bras. Enferm.** v.62, n.2, p. 312-6, 2009.

TORRES, H. C.; PAULA, D. V. Avaliação da cartilha para orientação da prática do autocuidado em Diabetes Mellitus. **Rev. Enferm. UERJ.** v.27, n.1, p.1-6, 2019.

VALE, M.G.M.; MIRANDA, J.L. *et al.* Construção e validação de uma cartilha fisioterapêutica para o autocuidado de mulheres no pós-parto imediato. **Revista de Atenção à Saúde.**v.18, n. 65, p. 102-116, 2020.

VALER, T.S.P.; DODORICO, M.A. *et al.* Hemoglobinopatias: prevalência em doadores de sangue. **Revista Saúde e Pesquisa.** v. 5, n. 1, p. 27-34, 2012.

VIEIRA, A. G. **Prevalência do Traço Falciforme em Doadores de Sangue do Distrito Federal.** 2016. 15 p. Monografia (Graduação) - Bacharelado em Biomedicina. Centro Universitário de Brasília. UniCEUB, Brasília, 2016.

DESIGUALDADES EM SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS: UMA ANÁLISE DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS, CULTURAIS E AMBIENTAIS

Camila Azevedo Penha

Universidade de Marília (UNIMAR)

Reinaldo Martins Custódio Neto

Universidade de Marília (UNIMAR)

Isabela Mayumi Nishino Aizawa

Universidade Santo Amaro (UNISA)

Evelly Vitória Azevedo de Souza

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD)

Luciana Guerze Teixeira

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Pedro Henrique Rodrigues Brito

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCMPB)

Fernanda Gabrielle Cadore

Universidade de Marília (UNIMAR)

Carlos Nei Coquemala Júnior

Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

Brenda Pestana de Souza

Faculdade Multivix (MULTIVIX)

Beatriz Medrado Pereira

Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB)

RESUMO

As desigualdades em saúde são profundamente influenciadas por uma série de determinantes sociais, que incluem aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais. Este estudo analisa como esses fatores contribuem para as substanciais disparidades observadas nas condições de saúde de diversas populações, afetando variados grupos etários e estratos socioeconômicos. Investiga-se o impacto de elementos como a pobreza, as limitações educacionais, o acesso restrito a recursos saudáveis e a exclusão social no aumento da prevalência de doenças. Os fatores socioeconômicos e ambientais não só comprometem a saúde física e mental, mas também degradam a qualidade de vida e reduzem a independência individual. Além disso, aspectos ambientais, como a poluição e a urbanização inadequada, desempenham um papel crucial na definição das condições de saúde comunitárias. Propõe-se, portanto, a implementação de estratégias baseadas em evidências científicas para mitigar essas desigualdades. Destaca-se a importância de programas de saúde pública que promovam a educação nutricional, ampliem o acesso a alimentos saudáveis e reforcem políticas de apoio social e econômico. Avaliações periódicas são fundamentais para detectar disparidades e promover o desenvolvimento de intervenções eficazes. Concluindo, este capítulo enfatiza a necessidade de uma abordagem holística e adaptada às necessidades locais para promover a saúde e prevenir o surgimento de doenças crônicas, ilustrando como os determinantes sociais moldam as desigualdades em saúde e sugerindo caminhos para a formulação de políticas mais inclusivas e efetivas.

Palavras-chave: Desigualdades, Educação, População, Saúde, Sociais.

INTRODUÇÃO

As desigualdades em saúde continuam sendo um dos desafios mais persistentes e complexos para os sistemas de saúde em todo o mundo ¹. Essas disparidades vão além das simples diferenças biológicas individuais, estando profundamente arraigadas em uma complexa matriz de determinantes sociais que incluem fatores socioeconômicos, culturais e ambientais ². Compreender esses determinantes é fundamental para identificar como condições sociais específicas afetam o acesso aos recursos de saúde, a incidência de diversas doenças e os resultados dos tratamentos aplicados a diferentes grupos populacionais. Tal entendimento é essencial para o desenvolvimento de políticas de saúde mais eficazes que possam mitigar essas desigualdades e promover uma maior equidade no bem-estar e na qualidade de vida das populações, especialmente aquelas mais vulneráveis ou marginalizadas ³.

Historicamente, a relação entre condição socioeconômica e saúde tem sido objeto de extensa pesquisa e debate ⁴. Indivíduos em situação de pobreza frequentemente enfrentam barreiras significativas no acesso a cuidados de saúde de qualidade e tendem a viver em ambientes que exacerbam riscos à saúde, como áreas com alta poluição ou infraestrutura precária ^{3,5,6}. Além disso, limitações educacionais e falta de informações adequadas sobre saúde podem impedir a adoção de comportamentos saudáveis e o acesso oportuno a serviços médicos preventivos e curativos. Esses elementos são fundamentais para entender a distribuição desigual das condições de saúde observadas entre diferentes estratos socioeconômicos ^{7,8,9}.

Os fatores culturais também desempenham um papel significativo nas desigualdades em saúde. As crenças culturais podem afetar as percepções sobre doenças e tratamentos, influenciando diretamente a forma como os indivíduos procuram e aderem aos cuidados de saúde. Diferenças linguísticas, práticas tradicionais e relutância em adotar intervenções médicas modernas são apenas alguns exemplos de como a cultura pode ser tanto um obstáculo quanto um facilitador para a saúde efetiva. Portanto, uma abordagem que reconheça e integre esses aspectos culturais é essencial para a implementação de estratégias de saúde pública eficazes ^{10,11,12,13}.

Por outro lado, os determinantes ambientais, como qualidade do ar, acesso a água potável e exposição a ambientes tóxicos, são igualmente críticos. Áreas urbanas densamente povoadas, por exemplo, podem sofrer com níveis mais altos de poluentes, o que contribui para a prevalência de doenças respiratórias e outras condições crônicas. Da mesma forma, a urbanização acelerada e mal planejada pode levar a uma infraestrutura de saúde inadequada, aumentando ainda mais as desigualdades em saúde entre os residentes urbanos e rurais^{14,15}.

Este capítulo tem como objetivo explorar essas relações, identificando como tais fatores contribuem para a saúde e como desigualdades sistemáticas se manifestam entre diferentes comunidades e grupos sociais. Este estudo aborda esses temas através de uma pesquisa bibliográfica narrativa, examinando uma vasta gama de literaturas e estudos anteriores que ilustram a interação entre os determinantes sociais e a saúde. A importância deste estudo reside na sua capacidade de fornecer uma base sólida para a formulação de políticas e intervenções que visem reduzir as desigualdades em saúde, fundamentadas no entendimento claro dos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais. Ao destacar esses aspectos, o capítulo busca não apenas informar mas também inspirar ações efetivas e sustentáveis para combater as disparidades em saúde em diversos contextos.

METODOLOGIA

Este estudo representa uma revisão narrativa da literatura, focada em explorar os avanços recentes e as estratégias emergentes nos determinantes sociais da saúde, com ênfase nos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que contribuem para as desigualdades em saúde. O objetivo desta revisão é consolidar o conhecimento existente sobre as barreiras e as consequências dessas desigualdades, bem como sobre as intervenções eficazes, identificar lacunas na literatura e fornecer uma visão abrangente que possa auxiliar profissionais de saúde e formuladores de políticas no desenvolvimento de estratégias de intervenção futuras. A busca inicial foi realizada nas principais bases de dados científicas, incluindo PubMed, Scopus, Web of Science e Google Acadêmico, utilizando palavras-chave como "determinantes sociais da saúde", "desigualdades socioeconômicas em saúde", "fatores culturais em saúde" e "intervenções para equidade em saúde". Os critérios de inclusão abrangeram artigos publicados

em inglês e português que descreviam desenvolvimentos recentes no entendimento e na abordagem das desigualdades em saúde, incluindo estudos sobre políticas públicas, programas de saúde comunitária e estratégias de engajamento social. A análise dos dados foi conduzida através de uma abordagem narrativa. Esta estruturação permite uma compreensão aprofundada dos aspectos críticos e inovadores na pesquisa sobre desigualdades em saúde, avaliando os efeitos promissores e as potenciais adversidades das intervenções no bem-estar das populações afetadas. Este método de revisão e a subsequente síntese narrativa visam fornecer informações detalhadas e atualizadas sobre os avanços na compreensão e abordagem dos determinantes sociais como fatores de risco para desigualdades em saúde, constituindo-se como um recurso valioso para o aprimoramento das práticas clínicas e das políticas de saúde pública neste campo complexo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados do estudo demonstram que as áreas urbanas enfrentam desafios significativos de saúde ambiental devido à contaminação de ar, água e solo, exacerbados pelo desenvolvimento urbano não sustentável e mudanças climáticas. Esses fatores ambientais são cruciais ao considerar disparidades em saúde, uma vez que populações densamente urbanas frequentemente experimentam níveis elevados de poluentes, contribuindo para a prevalência de doenças respiratórias e outras condições crônicas. A revisão narrativa apresentada evidencia como a urbanização rápida e mal planejada pode resultar em infraestrutura de saúde inadequada, exacerbando as desigualdades em saúde entre residentes urbanos e rurais ¹⁴.

A discussão aborda a necessidade de uma abordagem integrada que considere os determinantes ambientais, socioeconômicos e culturais na formulação de políticas públicas eficazes de saúde. Este enfoque é essencial para mitigar os impactos adversos das condições ambientais urbanas e para promover uma saúde pública mais equitativa. Os determinantes ambientais não apenas influenciam a saúde física das populações, mas também moldam condições socioeconômicas e capacidades de acesso aos serviços de saúde, reforçando a interdependência entre ambiente e saúde em contextos urbanos. Assim, reconhecer e integrar esses aspectos nos planejamentos e políticas pode facilitar o

desenvolvimento de estratégias mais holísticas e sustentáveis para combater as desigualdades em saúde¹⁴.

Os resultados do trabalho apresentam como os determinantes ambientais, incluindo fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, influenciam a saúde da população em contextos urbanos. Identificou-se que melhorias em indicadores socioeconômicos como renda, educação e status ocupacional têm um impacto positivo na mortalidade geral e na morbidade de doenças crônicas, reforçando a compreensão de que as condições socioeconômicas são determinantes significativos da saúde em áreas urbanas. Isso destaca a necessidade de políticas públicas que promovam a equidade social como meio de melhorar a saúde da população¹⁵.

A importância de uma abordagem integrada que reconheça e adapte esses aspectos culturais e ambientais em estratégias de saúde pública também é enfatizada. A pesquisa aponta que ambientes urbanos densamente povoados podem intensificar problemas de saúde pública relacionados à qualidade do ar e ao acesso a espaços verdes, por exemplo. Portanto, é essencial que os planejadores urbanos e formuladores de políticas incorporem considerações de saúde pública ao desenvolver e renovar espaços urbanos, para mitigar as desigualdades de saúde e promover ambientes mais saudáveis e sustentáveis para todos os residentes urbanos¹⁵.

O estudo explora como os valores humanos individuais e as normas sociais moldam as preferências de cuidados de saúde em diferentes países, refletindo significativamente nas desigualdades em saúde. A análise multi-nível revela que valores como conservação e auto-transcendência têm impactos distintos nas escolhas por cuidados médicos profissionais, com a conservação aumentando a preferência por tais cuidados e a auto-transcendência diminuindo. Esses achados sugerem que as preferências de saúde não são apenas influenciadas por necessidades médicas imediatas, mas também por uma complexa interação de valores culturais e sociais¹².

A discussão também enfatiza a importância do conceito de 'tightness-looseness' social, um indicador de quão estritas ou flexíveis são as normas sociais em diferentes países, afetando como os indivíduos se comportam em relação aos cuidados de saúde. Países com normas sociais mais rígidas mostram uma maior propensão a buscar ajuda médica profissional, uma tendência que pode refletir uma maior conformidade com as expectativas sociais de cuidado de saúde. Isso

reforça a ideia de que políticas de saúde pública eficazes precisam considerar não apenas os aspectos econômicos e de acesso, mas também os determinantes culturais e sociais que influenciam as decisões de saúde das populações. Essas nuances culturais e sociais são cruciais para entender as desigualdades em saúde e moldar intervenções mais inclusivas e respeitadoras das diversidades culturais¹².

O estudo destacou a interação complexa entre comportamentos culturais e saúde, examinando como a cultura, entendida como um sistema de conhecimento, crenças e práticas compartilhadas, desempenha um papel crucial na maneira como os indivíduos experimentam e reagem à saúde e doenças. A pesquisa sublinha que diferenças em status socioeconômico, gênero, religião e valores morais influenciam profundamente as experiências de saúde dos indivíduos. É importante notar a análise de como as desigualdades estruturais e a economia política são fatores críticos, muitas vezes subestimados, que afetam a saúde e a doença¹¹.

Além disso, o estudo ressalta a importância da competência cultural no setor de saúde, sugerindo que os profissionais de saúde podem melhorar os resultados individuais ao integrar completamente as experiências de vida no entendimento e tratamento das doenças dos pacientes. A utilização de uma 'mini-etnografia' pode ser uma ferramenta valiosa para os provedores de saúde entenderem como a identidade, a interpretação da doença e os valores morais dos pacientes influenciam na construção de um relacionamento de confiança que considera as experiências de vida dos pacientes nos planos de tratamento. Esta abordagem enfatiza uma visão holística da assistência médica, que é essencial para abordar eficazmente as desigualdades em saúde influenciadas por fatores socioeconômicos, culturais e ambientais¹¹.

O estudo explora as inter-relações entre o status socioeconômico (SES), acesso aos cuidados de saúde, e envelhecimento saudável. A revisão evidencia como indivíduos com menor SES enfrentam barreiras significativas no acesso a cuidados de saúde adequados, o que consequentemente afeta negativamente a sua saúde à medida que envelhecem. Além disso, o estudo discute como essas barreiras são exacerbadas em áreas rurais ou remotas, onde a escassez de prestadores de serviços de saúde é mais pronunciada, destacando a necessidade crítica de intervenções direcionadas que possam melhorar tanto o SES quanto o acesso aos cuidados de saúde para promover um envelhecimento mais saudável¹⁶.

Os autores também abordam como o contexto, como a ruralidade e o ambiente de vizinhança, influencia diretamente o envelhecimento saudável através do SES. O artigo argumenta que políticas e sistemas de saúde eficazes devem considerar esses determinantes sociais e ambientais ao desenvolver estratégias para melhorar o acesso aos cuidados de saúde. Isto é crucial não apenas para melhorar a saúde das pessoas mas também para reduzir as desigualdades de saúde persistentes causadas por fatores socioeconômicos e ambientais¹⁶.

O estudo destaca como dados demográficos e de estrutura familiar foram utilizados para identificar barreiras à equidade em saúde e áreas que poderiam beneficiar-se de intervenções adicionais em saúde. A pesquisa revelou que características demográficas como raça, etnia e estrutura familiar estão correlacionadas com a pobreza geracional, impactando negativamente a capacidade dos indivíduos de priorizarem sua saúde e resultando em disparidades significativas nos resultados clínicos. A discussão do artigo enfatiza que abordagens que estratificam as necessidades de saúde e serviços sociais das populações com base na estrutura familiar, raça e etnia podem avançar significativamente na equidade em saúde. Além disso, a implementação de programas comunitários, como unidades móveis de saúde e hospitais de acesso crítico, são estratégias eficazes para atingir áreas de difícil acesso e populações vulneráveis, promovendo uma melhoria no bem-estar geral e uma redução nos custos médicos totais¹⁷.

O estudo discorre sobre como as condições socioeconômicas e ambientais em áreas urbanas são determinantes cruciais para a saúde da população, com impactos profundos nas disparidades em saúde. As populações de áreas periféricas enfrentam desafios significativos devido a fatores como baixa cobertura de saneamento básico, insuficiência no fornecimento de transporte público e insegurança. Esses fatores contribuem para a maior prevalência de doenças infecciosas e crônicas, refletindo uma correlação direta entre a qualidade do ambiente urbano e os resultados de saúde. Além disso, a precariedade nas condições de moradia e a falta de acesso a serviços essenciais como água potável e energia elétrica agravam ainda mais a situação, colocando essas populações em um ciclo contínuo de vulnerabilidade e exposição a riscos de saúde¹⁸.

Os autores ressaltam a necessidade de inclusão de melhorias em saneamento básico, segurança, mobilidade urbana e assistência social como fundamental para mitigar as desigualdades em saúde e promover uma equidade real.

Políticas que promovam a urbanização sustentável e que sejam sensíveis às condições específicas das populações vulneráveis são essenciais para romper com as barreiras estruturais que perpetuam as iniquidades. A pesquisa reforça a importância de intervenções que vão além do setor de saúde, integrando ações intersetoriais que contemplem a melhoria das condições de vida como um todo, contribuindo para o desenvolvimento sustentável e a promoção da saúde em territórios urbanos¹⁸.

Ainda no estudo, os resultados indicam que os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são fatores críticos na determinação das condições de saúde das populações em áreas urbanas periféricas. A análise revelou que os determinantes sociais, econômicos e ambientais impactam diretamente a saúde dos residentes. Dentro das casas, melhorias na alimentação, aumento do fornecimento de água e energia elétrica, e os benefícios de políticas de assistência social demonstraram efeitos positivos. No entanto, fora das casas, a falta de saneamento básico adequado, transporte público insuficiente e a insegurança foram identificados como fatores que comprometem a saúde e o bem-estar dos moradores. Esses achados destacam a importância de uma abordagem ampla e integrada que considere tanto os aspectos internos quanto externos do ambiente doméstico na formulação de políticas públicas de saúde. A inclusão de temas como segurança, mobilidade urbana, saneamento básico e assistência social nas discussões sobre DSS é essencial para promover a equidade em saúde e melhorar a qualidade de vida nas áreas urbanas vulneráveis¹⁸.

Com isso, os achados comuns nos estudos sobre desigualdades em saúde e determinantes sociais destacam a profunda influência dos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais nas condições de saúde das populações. As pesquisas revelam que populações de baixa renda enfrentam barreiras significativas ao acesso a serviços de saúde de qualidade, resultando em uma maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas. Além disso, determinantes culturais, como crenças e práticas tradicionais, podem afetar negativamente a adesão aos tratamentos médicos modernos. Ambientalmente, a falta de saneamento básico, água potável e infraestrutura adequada em áreas urbanas periféricas agrava os problemas de saúde. Esses estudos enfatizam a necessidade de uma abordagem integrada e multidisciplinar nas políticas de saúde pública, que considere as especificidades socioeconômicas e culturais das populações, promovendo

intervenções que melhorem o acesso aos recursos de saúde e a qualidade de vida de todos os indivíduos, especialmente os mais vulneráveis.

CONCLUSÃO

Os achados dos estudos convergem para a identificação de uma profunda influência dos determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais nas condições de saúde das populações, especialmente em áreas urbanas e periféricas. Os fatores ambientais, como a contaminação de ar, água e solo, combinados com o desenvolvimento urbano não sustentável, contribuem significativamente para a prevalência de doenças crônicas e infecciosas. Além disso, os determinantes culturais, como crenças e práticas tradicionais, impactam diretamente na adesão aos tratamentos médicos, enquanto o status socioeconômico influencia o acesso aos serviços de saúde de qualidade, exacerbando as desigualdades em saúde.

Esses estudos enfatizam a necessidade urgente de políticas públicas integradas e multidisciplinares que considerem as especificidades socioeconômicas, culturais e ambientais das populações, promovendo melhorias em saneamento básico, segurança, mobilidade urbana e assistência social. Tais abordagens são cruciais para mitigar as disparidades em saúde, promover a equidade e melhorar a qualidade de vida, especialmente entre os grupos mais vulneráveis. A implementação de intervenções que vão além do setor de saúde e que integrem ações intersetoriais pode contribuir significativamente para o desenvolvimento sustentável e a promoção da saúde em contextos urbanos, destacando a importância de uma visão holística e adaptada às necessidades locais para combater eficazmente as desigualdades em saúde.

REFERÊNCIAS

1. SANTOS, J. A. F. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 556-572, 2018.
2. GARCIA, J. C. et al. **A educação médica na América Latina**. EDUFBA, 2022.
3. DIMENSTEIN, M.; NETO, M. C. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 1, p. 1-17, 2020.

4. ACSELRAD, H. **Cartografias sociais e território**. 2018.
5. ROUX, A. V. D. Health in cities: is a systems approach needed?. **Cadernos de saúde publica**, v. 31, p. 9-13, 2015.
6. OLIVEIRA, E. de et al. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e180736, 2020.
7. CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 19-38.
8. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Divisão regional do Brasil Em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias: 2017** / IBGE, Coordenação de Geografia. - Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
9. ROBERTO, L. L. et al. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 823-835, 2018.
10. HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Artmed Editora, 2009.
11. HERNANDEZ, M.; GIBB, J. K. Culture, behavior and health. **Evolution, medicine, and public health**, v. 2020, n. 1, p. 12-13, 2020.
12. Non-acute conditions, human values and social norms. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 23, p. 12808, 2021.
13. MOREIRA, H. G. Precisamos Falar de Determinantes Sociais de Saúde Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, p. e20230569, 2023.
14. VARDOULAKIS, S.; DEAR, K.; WILKINSON, P. Challenges and opportunities for urban environmental health and sustainability: the HEALTHY-POLIS initiative. **Environmental health**, v. 15, p. 1-4, 2016.
15. SALGADO, M. et al. Environmental determinants of population health in urban settings. A systematic review. **BMC Public Health**, v. 20, p. 1-11, 2020.
16. MCMAUGHAN, D. J.; OLORUNTOBA, O.; SMITH, M. L. Socioeconomic status and access to healthcare: interrelated drivers for healthy aging. **Frontiers in public health**, v. 8, p. 512143, 2020.
17. KENNEDY, S. Socioeconomic data analysis reveals health equity barriers. **HealthITAnalytics**, 17 mar. 2023. Disponível em: <<https://healthitanalytics.com/news/socioeconomic-data-analysis-reveals-health-equity-barriers>>.
18. RIBEIRO, K. G. et al. Determinantes Sociais da Saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem. **Saúde em Debate**, v. 48, p. e8590, 2024.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA: IMPACTOS, ÉTICA E EFICIÊNCIA

Daniela Alves Dantas

Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA)

Thiago de Lima Castro

Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC-DF)

Jânio Felipe Ribeiro de Souza

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA-UFAL)

Bruno Carvalho Diniz

Universidade Estácio de Sá (UNESA)

Gabriely Gomes de Corduva

Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Tatiana de Lima Tanaka

Universidade São Francisco (USF)

André Luiz Siqueira da Silva

Centro Universitário Unifacisa (UNIFACISA)

Tiago Gonçalves de Araújo

Universidade de Itaúna (UIT)

Kassio Romulo Veras Leite

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (AFYA)

Ana Luiza Neves Brito

Faculdades Unidas do Norte Minas (FUNORTE)

RESUMO

A inteligência artificial (IA) na tomada de decisão clínica representa uma ferramenta transformadora com potencial para mitigar as desigualdades em saúde, as quais são influenciadas por variados determinantes sociais como condições socioeconômicas, culturais e ambientais. Este estudo explora como a integração da IA no cenário clínico pode impactar a eficiência dos cuidados de saúde e abordar as disparidades entre diferentes populações, grupos etários e estratos socioeconômicos. Analisa-se o potencial da IA em superar barreiras como a pobreza, as limitações educacionais e o acesso restrito a recursos saudáveis, utilizando algoritmos para identificar necessidades específicas e otimizar intervenções de saúde. Além disso, discute-se a importância de considerar aspectos éticos na implementação da IA, como o risco de viés algorítmico que pode perpetuar ou até intensificar as desigualdades existentes. Estratégias baseadas em evidências científicas são propostas para garantir que o uso da IA seja benéfico e equitativo, enfatizando programas que promovam educação nutricional e acesso a alimentos saudáveis, além de reforçar políticas de apoio social e econômico. Avaliações periódicas são essenciais para monitorar a eficácia das intervenções baseadas em IA e adaptá-las conforme necessário. Conclui-se que a adoção de uma abordagem holística e sensível aos contextos locais é crucial para maximizar os benefícios da IA na saúde pública, promovendo uma formulação de políticas mais inclusiva e eficaz.

Palavras-chave: Algoritmos, Benefícios, Clínica, Desigualdades, Eficácia.

INTRODUÇÃO

A integração da inteligência artificial (IA) nos sistemas de saúde tem revolucionado a maneira como os cuidados são administrados e as decisões clínicas são tomadas. Esta inovação tecnológica, caracterizada por sua capacidade de aprender, adaptar-se e potencialmente antecipar resultados, promete transformar fundamentalmente as práticas médicas tradicionais^{1, 2, 3, 4}. Ao processar grandes volumes de dados a uma velocidade e precisão inatingíveis pelo ser humano, a IA pode identificar padrões ocultos e fornecer insights que melhoram diagnósticos, prognósticos e terapêuticas. No entanto, enquanto as possibilidades são vastas, as implicações éticas e os desafios operacionais também são significativos, levantando questões importantes sobre a confiabilidade, privacidade dos dados e o futuro do papel humano na medicina^{5, 6, 7}.

Os impactos da IA na tomada de decisão clínica podem ser observados em várias áreas, desde a radiologia até a oncologia, onde algoritmos são utilizados para detectar doenças com uma precisão surpreendente. Em especial, sistemas de apoio à decisão clínica baseados em IA estão se tornando ferramentas indispensáveis no diagnóstico por imagem, análise de exames patológicos e monitoramento de condições crônicas. Essas tecnologias não apenas aumentam a eficiência dos processos médicos, mas também contribuem para uma medicina mais personalizada, adaptando os tratamentos às características individuais dos pacientes^{8, 9}.

Entretanto, o uso da IA na medicina traz à tona complexas questões éticas. A principal preocupação é como manter a autonomia do paciente e a integridade dos dados pessoais diante de sistemas que operam em uma escala de anonimato e despersonalização. Além disso, existe o risco de viés nos algoritmos, que pode levar a disparidades no cuidado prestado a diferentes grupos populacionais. Assim, a implementação de IA na saúde requer uma governança rigorosa e frameworks éticos robustos para garantir que o desenvolvimento dessas tecnologias seja conduzido de maneira justa e transparente^{10, 11, 12, 13}.

A eficiência trazida pela IA na tomada de decisões clínicas também destaca a necessidade de um novo modelo de educação e treinamento para profissionais da saúde. A capacitação em competências digitais e em entendimento dos sistemas baseados em IA se torna essencial para que médicos e enfermeiros

possam trabalhar efetivamente com essa nova ferramenta. O desenvolvimento profissional contínuo e a educação interdisciplinar serão cruciais para integrar a IA de forma eficaz no cuidado ao paciente, garantindo que a tecnologia amplie, e não substitua, o julgamento clínico humano ^{14, 15, 16}.

A crescente implementação de IA na saúde também levanta a questão da equidade no acesso às inovações tecnológicas. É vital que tais avanços beneficiem todas as camadas da população e não apenas uma elite médica e econômica. Isso implica em políticas públicas que promovam a disseminação de tecnologias de IA em uma gama ampla de contextos de saúde, incluindo comunidades de baixa renda e regiões remotas. Promover a universalidade no acesso às inovações em IA é essencial para evitar o aprofundamento das desigualdades existentes no sistema de saúde ^{17, 18, 19, 20}.

Este capítulo se propõe a realizar uma revisão abrangente da literatura sobre o uso da inteligência artificial na tomada de decisão clínica, focando nos impactos, questões éticas e eficiência dessa integração. Através desta revisão, objetiva-se não apenas compreender as transformações atuais, mas também discutir as direções futuras para a adoção responsável e equitativa da IA na medicina. Além disso, este trabalho enfatiza a importância do tema, ressaltando como a compreensão profunda dos desafios e oportunidades associados à IA pode conduzir a melhorias significativas na qualidade e na equidade dos cuidados de saúde.

METODOLOGIA

Este estudo constitui uma revisão narrativa da literatura, focada nos desenvolvimentos recentes em inteligência artificial (IA) aplicada à tomada de decisão clínica. O objetivo desta revisão é aprofundar o entendimento sobre como a IA está sendo utilizada para melhorar a eficácia, a ética e a eficiência nas decisões médicas, identificar lacunas no conhecimento existente e fornecer informações que possam ajudar profissionais de saúde e pesquisadores a aprimorar e inovar em suas práticas clínicas. Uma busca sistemática foi conduzida nas principais bases de dados científicas, incluindo PubMed, Scopus, Web of Science e Google Acadêmico, usando palavras-chave como "inteligência artificial", "tomada de decisão clínica", "ética em IA na saúde" e "eficiência da IA em cuidados de saúde". Os critérios de seleção incluíram artigos em inglês e português,

publicados nos últimos 10 anos, que explorassem avanços na aplicação da IA na clínica, abordando novas metodologias, eficácia em contextos clínicos diversos e questões éticas relacionadas. Inicialmente, 20 artigos relevantes foram identificados; contudo, cinco foram excluídos por não atenderem aos critérios de relevância, impacto e robustez dos resultados relacionados à aplicação da IA em decisões clínicas, resultando em um corpus final de 27 artigos submetidos à análise detalhada. Este esquema proporciona um entendimento profundo dos avanços críticos na utilização da IA na medicina, avaliando tanto os resultados promissores quanto as potenciais dificuldades dessas intervenções no contexto da saúde pública. Este método de revisão narrativa visa fornecer informações detalhadas e atualizadas sobre os progressos da IA na medicina, estabelecendo-se como um recurso valioso para o aprimoramento das práticas clínicas e estratégias terapêuticas na era digital.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados apresentados destacam o impacto transformador da inteligência artificial (IA) na tomada de decisão clínica, ampliando as capacidades diagnósticas e terapêuticas. A análise de grandes conjuntos de dados por sistemas de IA contribui para diagnósticos mais precisos e rápidos, revolucionando o cuidado ao paciente. Contudo, essa transformação digital na medicina também suscita questões éticas significativas, principalmente relacionadas à confidencialidade dos dados e à autonomia do paciente. A adoção de IA nos processos clínicos exige uma revisão das práticas médicas e das diretrizes éticas para garantir que a integração da tecnologia não comprometa os valores centrais da medicina. A eficácia desses sistemas de IA, embora promissora, deve ser avaliada continuamente para assegurar que os benefícios da tecnologia sejam maximizados e os riscos, minimizados ¹.

A implementação da inteligência artificial (IA) na tomada de decisão clínica ressalta uma dualidade marcante entre eficiência e complexidade ética. Esses sistemas, ao integrarem algoritmos avançados e aprendizado de máquina, capacitam os profissionais de saúde com ferramentas que podem prever, com precisão elevada, resultados de tratamentos e evolução de doenças, otimizando assim as decisões clínicas e o gerenciamento de recursos. Contudo, essa

dependência crescente de sistemas automatizados levanta questões éticas profundas, particularmente em relação à transparência, consentimento do paciente, e a possibilidade de viés nos algoritmos de IA. Além disso, enquanto a eficácia operacional dessas tecnologias é inegável, a sua capacidade de adaptar-se às nuances individuais de cada paciente ainda é motivo de preocupação. Portanto, é essencial que o desenvolvimento de IA na medicina seja acompanhado de diretrizes éticas robustas e de uma avaliação contínua de seu impacto na relação médico-paciente, assegurando que a humanização do atendimento permaneça no centro das práticas médicas².

O evento “Connect”, centrado na integração de Inteligência Artificial (IA) na medicina, destacou-se como um marco importante para abordar a insuficiente inclusão dessa tecnologia no currículo das faculdades de medicina brasileiras. Através de palestras e workshops, foi possível disseminar conhecimento sobre a aplicação prática da IA em diagnósticos e tratamentos, mostrando como essa tecnologia pode melhorar a acurácia e a eficiência, ao mesmo tempo em que suscita debates éticos significativos. A IA tem o potencial de transformar o paradigma médico ao otimizar a tomada de decisão clínica e personalizar o tratamento dos pacientes. Contudo, o evento também revelou a necessidade de uma formação mais abrangente que prepare os futuros médicos para os desafios éticos que acompanham a automação e a análise de dados em grande escala. Dessa forma, a “Connect” serviu não apenas para educar, mas também para fomentar uma discussão crítica sobre como a tecnologia está remodelando a prática médica³.

Alguns estudos discutem os avanços e desafios da inteligência artificial (IA) na saúde, destacando o papel crescente dessa tecnologia na melhoria da precisão diagnóstica e na eficiência do tratamento. A IA, particularmente por meio de técnicas de aprendizado de máquina e redes neurais artificiais, tem demonstrado um potencial significativo para transformar a prática médica. No entanto, a implementação da IA também traz consigo uma série de riscos e desafios éticos. Preocupações com a privacidade dos dados, a autonomia do paciente e o potencial para preconceitos inerentes aos algoritmos são questões críticas que precisam ser abordadas⁴. O trabalho ressalta a necessidade de regulamentações robustas e uma supervisão rigorosa para garantir que os benefícios da IA sejam realizados de forma ética e responsável, evitando assim exacerbar desigualdades existentes ou introduzir novos riscos na assistência ao paciente⁴.

Trabalhos analisam o impacto crescente da inteligência artificial (IA) na saúde, destacando a sua capacidade de melhorar a precisão diagnóstica e a eficiência do tratamento, ao mesmo tempo em que aborda os desafios éticos e de implementação associados à sua adoção. A IA já demonstra competências superiores em comparação aos seres humanos em várias tarefas de saúde, incluindo a detecção de tumores malignos e a condução de pesquisas clínicas, apesar de uma adoção em larga escala ainda parecer distante devido a barreiras técnicas, culturais e organizacionais ⁵. Questões éticas são especialmente prementes, dado o risco de dependência de algoritmos para decisões que afetam a vida dos pacientes, o que levanta preocupações sobre transparência e consentimento informado. Portanto, apesar das promessas da IA em revolucionar o campo da saúde, sua implementação efetiva requer uma consideração cuidadosa dos seus benefícios potenciais contra os riscos e desafios éticos, assegurando que os avanços tecnológicos não comprometam a integridade e a confiança no atendimento ao paciente ⁵.

O estudo ⁶ crítico sobre o uso de inteligência artificial (IA) no diagnóstico de doenças revela avanços significativos e desafios persistentes na integração dessas tecnologias no cuidado ao paciente. A utilização de IA tem demonstrado a capacidade de melhorar a precisão e eficiência dos diagnósticos, contribuindo para um tratamento mais adequado e tempestivo, essencial para o bem-estar do paciente. No entanto, a pesquisa também identifica a necessidade de superar barreiras significativas antes que a aplicação prática da IA possa ser considerada bem-sucedida. Questões como a explicabilidade dos resultados gerados pela IA, a integração com as infraestruturas técnicas existentes e a validação dos algoritmos em populações diversificadas são cruciais. Além disso, ressalta-se a importância de interfaces amigáveis para que os especialistas médicos possam interagir eficazmente com os sistemas de IA. Esses aspectos são fundamentais para que a tecnologia não apenas suporte a tomada de decisões clínicas, mas também seja aceita e confiável pelos profissionais de saúde ⁶.

Alguns trabalhos ⁷ enfoca a utilização de modelos de linguagem de grande escala (LLMs) em pesquisas cirúrgicas, destacando preocupações éticas significativas. A análise sistemática revelou que, enquanto especialidades como cirurgia plástica, ortopedia e neurocirurgia frequentemente empregam LLMs, questões éticas como precisão, viés, confidencialidade do paciente e responsabilidade

emergem como temas predominantes. Autonomia, beneficência, não maleficência e justiça são princípios éticos frequentemente citados, ressaltando a necessidade de uma abordagem equilibrada que respeite a dignidade humana e a segurança ao integrar tecnologias avançadas. Este panorama sugere um campo em evolução, onde o discurso ético contínuo é vital para o desenvolvimento responsável e ético da inteligência artificial na medicina ⁷.

Os avanços em inteligência artificial (IA), aprendizado de máquina, diagnóstico auxiliado por computador (CAD) e radiômica estão transformando a radiologia e o diagnóstico por imagem, impulsionando a medicina em direção à precisão. A radiômica, em particular, permite a extração massiva de dados quantitativos das imagens médicas, integrando-os a modelos preditivos que fornecem informações prognósticas e de resposta terapêutica, especialmente relevantes na oncologia. Ferramentas CAD têm evoluído significativamente, auxiliando na interpretação de imagens e na tomada de decisões terapêuticas, enquanto a recuperação de imagens baseada em conteúdo (CBIR) melhora a precisão diagnóstica ao comparar casos semelhantes. Com a incorporação dessas tecnologias, espera-se uma redução nos erros diagnósticos, otimização do tempo de análise e personalização dos cuidados de saúde, alinhando-se com os princípios da medicina de precisão e abordagem multidisciplinar, e transformando cada paciente em um caso único para um tratamento mais eficaz e direcionado ⁹.

Alguns achados destacam as complexidades e os riscos associados à implementação de inteligência artificial (IA) na área da saúde, com foco na privacidade dos dados dos pacientes. O estudo discute como a rápida evolução das tecnologias de IA, muitas vezes desenvolvidas em parceria entre instituições públicas e privadas, tem levado à crescente utilização de informações de saúde sob a custódia de entidades privadas. Este cenário apresenta desafios significativos para a proteção da privacidade, uma vez que a capacidade de anonimizar dados de pacientes pode ser comprometida por novos algoritmos que conseguem reidentificar informações previamente desidentificadas. Além disso, é argumentado que a regulamentação e a supervisão das tecnologias de IA frequentemente ficam atrás de seu desenvolvimento, o que pode exacerbar os riscos à privacidade dos dados dos pacientes. Para mitigar esses riscos, o autor sugere a necessidade de um maior envolvimento regulatório e a implementação de métodos mais sofisticados

de proteção e anonimização de dados, enfatizando a importância da agência e do consentimento dos pacientes no uso de suas informações de saúde ¹¹.

A IA tem um potencial significativo para melhorar a qualidade e a eficiência dos cuidados de saúde, especialmente em diagnósticos e personalização de tratamentos. A necessidade de uma regulamentação adaptativa e a participação de diversas partes interessadas são cruciais para garantir que os avanços tecnológicos sejam alinhados com os valores fundamentais da medicina ¹². Entre os princípios éticos mais destacados, a preservação da autonomia humana, a justiça, a explicabilidade e a privacidade são amplamente discutidos. Embora haja uma discussão substancial sobre a ética da IA, faltam ferramentas práticas para testar e garantir a aderência a esses princípios éticos ao longo do ciclo de vida das tecnologias baseadas em IA. Com isso, destaca a necessidade de um maior envolvimento dos diferentes stakeholders, incluindo pacientes, profissionais de saúde e desenvolvedores de IA, para desenvolver uma IA confiável e ética. É imperativo que abordagens interdisciplinares sejam adotadas para garantir a implementação de frameworks éticos harmonizados e transparentes, com atenção especial às implicações para a saúde pública e global ¹³.

O desenvolvimento profissional contínuo e a educação interdisciplinar são essenciais para a integração eficaz da inteligência artificial (IA) no cuidado ao paciente. Estudos destacam a aplicação de modelos preditivos de IA na prática clínica enfrenta diversos desafios que requerem uma abordagem colaborativa e informada. A participação de equipes multidisciplinares, que incluem especialistas clínicos e cientistas da computação, é crucial desde as etapas iniciais de definição de perguntas clínicas até a seleção de preditores e validação dos modelos. Além disso, a formação contínua de profissionais de saúde em novas tecnologias e metodologias de IA assegura que eles estejam preparados para interpretar e aplicar as previsões dos modelos de forma eficaz, melhorando a tomada de decisão clínica e, conseqüentemente, os resultados para os pacientes. A integração bem-sucedida da IA depende não apenas da precisão técnica dos modelos, mas também da capacidade dos clínicos em utilizar essas ferramentas de forma crítica e informada, o que enfatiza a necessidade de um compromisso contínuo com a educação e o desenvolvimento profissional ^{14, 15}.

A implementação da inteligência artificial (IA) na saúde levanta questões críticas sobre a equidade no acesso às inovações tecnológicas, especialmente

em países de baixa e média renda (LMICs). Alguns estudos como o “Artificial intelligence in health care: laying the Foundation for Responsible, sustainable, and inclusive innovation in low- and middle-income countries”²¹ destaca a importância de políticas públicas que promovam a disseminação de tecnologias de IA de maneira inclusiva e sustentável. Para que essas inovações realmente contribuam para a redução das desigualdades globais em saúde, é necessário desenvolver estratégias que garantam o acesso equitativo a essas tecnologias em uma ampla gama de contextos de saúde, incluindo comunidades de baixa renda e regiões remotas. As iniciativas de saúde digital devem ser desenhadas considerando as características intrínsecas do programa, fatores humanos, técnicos, e o ecossistema de saúde envolvido. Além disso, é crucial a criação de um ambiente político favorável e a disponibilidade de financiamento sustentável, que pode incluir parcerias público-privadas. A experiência prática demonstra que a formação contínua de usuários finais, a interoperabilidade dos sistemas, e a adaptação tecnológica às realidades locais são fundamentais para o sucesso da implementação e escalabilidade das soluções de saúde digital^{21, 22}.

Todos os estudos revisados convergem para a importância crucial da inteligência artificial (IA) no aprimoramento do cuidado à saúde, destacando seu potencial transformador em diversas áreas, desde o diagnóstico até a gestão de tratamentos. Contudo, essa crescente dependência de sistemas automatizados levanta questões éticas profundas que precisam ser abordadas de maneira abrangente e cuidadosa. A transparência dos algoritmos de IA é fundamental para garantir que as decisões tomadas sejam compreensíveis e justificáveis tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes. Além disso, o consentimento informado do paciente torna-se ainda mais crítico, pois é essencial que os pacientes estejam cientes de como suas informações estão sendo utilizadas e das implicações das decisões automatizadas em seus tratamentos. A proteção da privacidade e a segurança dos dados são igualmente vitais para manter a confiança no uso dessas tecnologias. Portanto, enquanto a IA oferece oportunidades significativas para o avanço da medicina, é imperativo que seu desenvolvimento e implementação sejam guiados por princípios éticos robustos que priorizem a transparência, a equidade e o respeito aos direitos dos pacientes.

CONCLUSÃO

Este trabalho propõe uma análise aprofundada sobre o papel da Inteligência Artificial (IA) na tomada de decisão clínica, explorando seus impactos, questões éticas e eficiência. A IA tem demonstrado capacidade notável de aprimorar a precisão diagnóstica e terapêutica, com algumas aplicações exibindo acurácia relevante em determinadas condições, enfatizando a importância da adesão a protocolos clínicos e da acessibilidade das tecnologias. No entanto, a implementação da IA enfrenta desafios significativos, incluindo preocupações éticas, custos elevados de desenvolvimento e necessidade de integração sistemática aos fluxos de trabalho existentes.

Com o avanço de técnicas como aprendizado de máquina e processamento de linguagem natural, as ferramentas de IA estão se tornando mais adaptáveis e menos invasivas, prometendo maior facilidade de integração e adesão por parte dos profissionais de saúde. A incorporação da IA em sistemas de saúde mais amplos facilita o acesso e aceitação, proporcionando uma base sólida para a educação continuada e para a realização de diagnósticos mais precisos.

Em termos de pesquisa futura, é crucial investigar o potencial das novas tecnologias de IA para avaliar sua eficácia e aceitação em diferentes contextos clínicos e culturais. Estudos adicionais sobre os impactos econômicos da implementação de IA podem fornecer dados importantes para otimizar a relação custo-benefício dessas tecnologias. Além disso, pesquisas que exploram a integração da IA em diferentes especialidades médicas podem oferecer insights valiosos sobre como superar barreiras de acesso e aceitação.

Em resumo, a IA é essencial na evolução da medicina moderna. Maximizar seu impacto requer enfrentar desafios atuais, explorar novas tecnologias e promover uma integração eficaz com os serviços de saúde. A colaboração entre entidades governamentais, organizações de saúde, profissionais da área e comunidades é fundamental para explorar plenamente o potencial da IA como uma ferramenta poderosa na tomada de decisão clínica.

REFERÊNCIAS

1. HAMET, P.; TREMBLAY, J. Artificial intelligence in medicine. **Metabolism**, v. 69, p. S36-S40, 2017.
2. LAIRD, J. E.; LEBIERE, C.; ROSENBLOOM, P. S. A standard model of the mind: Toward a common computational framework across artificial intelligence, cognitive science, neuroscience, and robotics. **Ai Magazine**, v. 38, n. 4, p. 13-26, 2017.
3. SILVA, V. de. O.; FILHO, V. A. de. B.; BARROSO, L. K. V. "Connect": Um Relato de Experiência sobre um Evento de Tecnologia e Inteligência Artificial na Medicina. **Brazilian Medical Students Journal**, v. 7, n. 10, 2022.
4. LAMY, M.; MALTA, K. C. de. Avanços e riscos da inteligência artificial na atenção à saúde. **Unisanta Law and Social Science**, v. 12, n. 2, p. 108-119, 2023.
5. DAVENPORT, T.; KALAKOTA, R. The potential for artificial intelligence in healthcare. **Future healthcare journal**, v. 6, n. 2, p. 94, 2019.
6. MIRBABAIE, M.; STIEGLITZ, S.; FRICK, N. R. J. Artificial intelligence in disease diagnostics: A critical review and classification on the current state of research guiding future direction. **Health and Technology**, v. 11, n. 4, p. 693-731, 2021.
7. PRESSMAN, S. M. *et al.* AI and ethics: A systematic review of the ethical considerations of large language model use in surgery research. In: **Healthcare**. MDPI, 2024. p. 825.
8. HAUG, C. J.; DRAZEN, J. M. Artificial intelligence and machine learning in clinical medicine, 2023. **New England Journal of Medicine**, v. 388, n. 13, p. 1201-1208, 2023.
9. SANTOS, M. K. *et al.* Inteligência artificial, aprendizado de máquina, diagnóstico auxiliado por computador e radiômica: avanços da imagem rumo à medicina de precisão. **Radiologia brasileira**, v. 52, p. 387-396, 2019.
10. BAVLI, I. *et al.* Ethical concerns around privacy and data security in AI health monitoring for Parkinson's disease: insights from patients, family members, and healthcare professionals. **AI & SOCIETY**, p. 1-11, 2024.
11. MURDOCH, B. Privacy and artificial intelligence: challenges for protecting health information in a new era. **BMC Medical Ethics**, v. 22, p. 1-5, 2021.
12. WILLIAMSON, S. M.; PRYBUTOK, V. Balancing Privacy and Progress: A Review of Privacy Challenges, Systemic Oversight, and Patient Perceptions in AI-Driven Healthcare. **Applied Sciences**, v. 14, n. 2, p. 675, 2024.
13. KARIMIAN, G.; PETELOS, E.; EVERS, S. M. A. A. The ethical issues of the application of artificial intelligence in healthcare: a systematic scoping review. **AI and Ethics**, v. 2, n. 4, p. 539-551, 2022.
14. ALLOWAIS, S. A. *et al.* Revolutionizing healthcare: the role of artificial intelligence in clinical practice. **BMC medical education**, v. 23, n. 1, p. 689, 2023.
15. HASSAN, N. *et al.* Road map for clinicians to develop and evaluate AI predictive models to inform clinical decision-making. **BMJ Health & Care Informatics**, v. 30, n. 1, 2023.
16. SAMIEEFAR, N. *et al.* Integrated, Multidisciplinary, and Interdisciplinary Medical Education. In: **Multidisciplinary and Interdisciplinarity in Health**. Cham: Springer International Publishing, 2022. p. 607-622.

17. FARAJ, S.; PACHIDI, S.; SAYEGH, K. Working and organizing in the age of the learning algorithm. **Information and Organization**, v. 28, n. 1, p. 62-70, 2018.
18. HOSNY, A.; AERTS, H. J. W. L. Artificial intelligence for global health. **Science**, v. 366, n. 6468, p. 955-956, 2019.
19. WAHL, B. *et al.* Artificial intelligence (AI) and global health: how can AI contribute to health in resource-poor settings?. **BMJ global health**, v. 3, n. 4, p. e000798, 2018.
20. SALAZAR, M. L.; VILLAR, R. C. L. Equity, globalization, and health. In: SALAZAR, L. M.; VILLAR, R. C. L., editors. Globalization and health inequities in Latin America. **Springer**, 2018. pp. 3-295.
21. ALAMI, H. *et al.* Artificial intelligence in health care: laying the Foundation for Responsible, sustainable, and inclusive innovation in low-and middle-income countries. **Globalization and Health**, v. 16, p. 1-6, 2020.
22. LABRIQUE, A. B. *et al.* Best practices in scaling digital health in low and middle income countries. **Globalization and health**, v. 14, p. 1-8, 2018.

NÍVEL DE ESTRESSE E ATIVIDADE FÍSICA EM RESIDENTES VINCULADOS A UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO SUL DO BRASIL

Ana Carolina Severo

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Tiago da Rosa Rambo

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto
Alegre (UFCSPA)

Djennifer Raquel da Rosa

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Luana dos Passos Vieira

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Betina Breyer Figueiró

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Laura Lersch Bellini

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Marina Möhlecke de Souza

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Gabriel Sebastião Cardoso

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Dulciane Nunes Paiva

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Éboni Marília Reuter

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

RESUMO

Objetivo: Avaliar e comparar o nível de estresse e atividade física de residentes multiprofissionais de um hospital de ensino do Sul do Brasil. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 18 residentes avaliados quanto às características demográficas e laborais, nível de estresse percebido (Escala de Estresse Percebido-10) e nível de atividade física (Questionário Internacional de Atividade Física). Os dados foram apresentados em frequência absoluta, medida de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). A comparação entre variáveis numéricas foi testada pelo teste t Student e U de Mann-Whitney. **Resultados:** A média de idade e de tempo de trabalho na Residência foi de $26,5 \pm 3,0$ anos e de $14,2 \pm 6,2$ meses, respectivamente. Foi constatada presença de estresse baixo ($n=8$) e moderado ($n=9$), sendo $19,6 \pm 6,0$ a pontuação média obtida no instrumento. Houve maior proporção de residentes fisicamente ativos ($n=15$). Não houve diferença entre o nível de estresse e o tempo dedicado à prática de atividades físicas. **Conclusão:** Residentes multiprofissionais vinculados a um hospital de ensino do Sul do Brasil possuem nível de estresse baixo/moderado, se encontram fisicamente ativos e dedicam tempo semelhante para prática de atividades físicas independentemente do nível de estresse.

Palavras-chave: Estresse Psicológico, Atividade Física, Profissionais de Saúde, Residência Hospitalar.

INTRODUÇÃO

Em âmbito nacional o ônus do estresse atinge cerca de 30% dos adultos economicamente ativos. Deste modo, a exposição cumulativa aos fatores ocupacionais estressores se encontra associada ao absenteísmo, esgotamento físico, insatisfação, redução do desempenho laboral, além de gerar aumento nos custos de saúde destinados a esta parcela da população (Isma, 2013; Vinstrup *et al.*, 2020).

Contextualizando com o perfil epidemiológico e suas repercussões, profissionais vinculados a um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) vivenciam cotidianamente situações adversas e desafiadoras, as quais se encontram relacionadas aos diversos aspectos intrínsecos e extrínsecos, tais como a sobrecarga de trabalho expressada pela elevada carga horária, exigências de variada natureza, baixa remuneração por horas trabalhadas, vínculos empregatícios instáveis e a desvalorização frente às atividades desempenhadas (Silva *et al.*, 2019). Nesse sentido, o nível de estresse percebido é considerado preditor do declínio físico e mental independentemente da idade, sexo, estado civil e escolaridade (Vinstrup *et al.*, 2020).

Da mesma forma, a adoção de longas jornadas de trabalho pode levar a um estilo de vida não recomendado, expressado muitas vezes por hábitos alimentares inadequados e comportamento sedentário (Lara *et al.*, 2021). A inatividade física é um fator de risco para morte prematura e desenvolvimento de diversas doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) (Katzmarzyk *et al.*, 2022), sendo que já está estabelecido que a prática regular de atividade física reduz o risco de desenvolver DCNT que possuem crescente prevalência anual, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, ansiedade e depressão (Vieira, 2022).

Ainda, a execução de exercícios físicos tem sido considerada um pilar imprescindível para uma vida saudável, pois otimiza a qualidade de vida e o sono, além de aspectos físicos e mentais devido ao aumento dos níveis séricos de adrenalina e serotonina, hormônios responsáveis pela sensação de bem-estar (Lara *et al.*, 2021; Vieira, 2022). Sendo assim, já foi reportado que residentes médicos/estudantes de medicina que se exercitam regularmente possuem maior capacidade de enfrentar o estresse provocado pela elevada carga horária de trabalho, menor frequência de acometimento por doenças, além de se apresentarem mais

habituaados para dialogar sobre o condicionamento físico com seus pacientes quando comparados aos seus pares fisicamente inativos (Williams *et al.*, 2015).

No que se refere aos PRMS, são escassos os estudos que buscaram investigar indicadores de estresse e atividade física nesta população. Nesse sentido, evidências revelam a presença de estresse e maior proporção de residentes fisicamente ativos (Silva *et al.*, 2019, Rocha *et al.*, 2018, Squarcini *et al.*, 2021). Contudo, estas pesquisas não utilizaram um sistema de classificação em níveis para qualificar o estresse e, do mesmo modo, dados referentes ao tempo dedicado para a prática de atividades físicas não foram devidamente apresentados. Tais informações permanecem insuficientes, uma vez que ainda não está claro qual o nível de estresse vivenciado durante o período de Residência, o tempo investido na prática de atividades físicas e a relação entre estas variáveis. Deste modo, o presente estudo teve como objetivo avaliar e comparar o nível de estresse e atividade física de residentes vinculados a um PRMS de um hospital de ensino do Sul do Brasil.

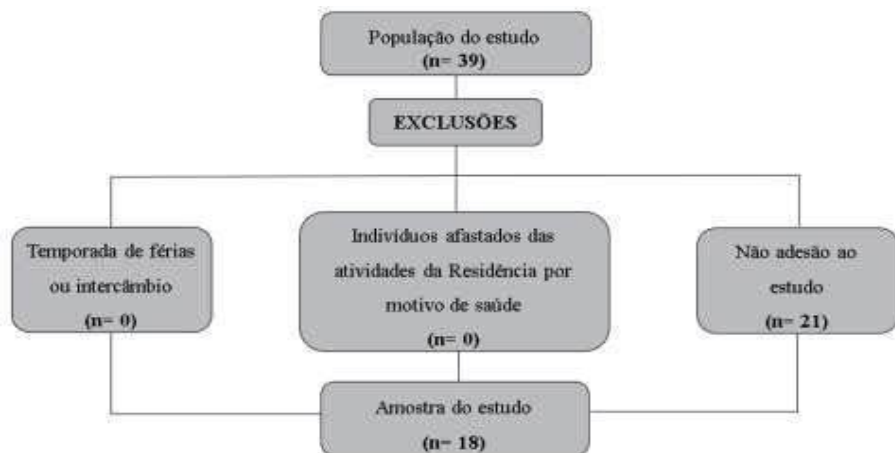
MÉTODOS

Estudo transversal realizado com residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) de um hospital de ensino localizado em um município do Vale do Rio Pardo, Rio Grande do Sul, Brasil. O PRMS mencionado oferece anualmente, por intermédio do Ministério da Saúde, 20 bolsas nas áreas de Educação Física (1), Enfermagem (4), Farmácia (4), Fisioterapia(4), Nutrição (2), Odontologia (2), Psicologia (2) e Serviço Social (1). A carga horária semanal do PRMS é de 60 horas, possuindo duração de 2 anos. A coleta de dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2022, estando a pesquisa devidamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul sob número de registro CAEE 63808222.0.0000.5343, tendo os participantes assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídos residentes vinculados ao primeiro e segundo ano do PRMS distribuídos de maneira equivalente nas suas respectivas áreas de formação. Foram excluídos os indivíduos afastados das atividades do PRMS por motivos de saúde, aqueles que se encontravam em período férias ou de intercâmbio, bem como aqueles que expressaram o desejo de não participar do estudo.

A população do estudo correspondia a 39 indivíduos, em que 21 foram excluídos devido a expressarem o desejo de não participar, sendo a amostra final composta por 18 participantes. Na Figura 1 pode ser observado o fluxograma da etapa de seleção dos indivíduos da pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma da etapa de seleção dos indivíduos da pesquisa.



Procedimentos Metodológicos

A abordagem inicial ocorreu nas dependências da instituição em conformidade com as escalas de trabalho dos residentes. Foram explanadas as propostas e objetivos da pesquisa e formalizada a participação dos residentes. Foram coletadas informações para caracterização amostral utilizando uma ficha de avaliação constando dados demográficos (idade, gênero, estado civil, naturalidade e se possuía filhos) e laborais (tempo de formação, tempo de trabalho na área de formação e tempo de trabalho em meses, turno de trabalho e ano que se encontrava no PRMS). Posteriormente, foram fornecidos os seguintes instrumentos de pesquisa autorrelatados: Questionário Internacional de Atividade física (IPAQ) e Escala de Estresse Percebido-10 (Perceived Stress Scale-10, EPS-10). Os mesmos foram preenchidos e devolvidos ao pesquisador responsável no prazo de duas semanas.

Avaliação do Nível Estresse Percebido

O nível de estresse percebido foi avaliado por meio da Escala de Estresse Percebido-10 (PSS-10 - Perceived Stress Scale-10, EPS-10). Este instrumento foi originalmente desenvolvido por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), sendo amplamente utilizado para qualificar o estresse em diferentes faixas etárias. O mesmo permite que indivíduos percebam situações estressoras, de modo a autoavaliar vivências considerando o mês precedente à aplicação (Luft *et al.*, 2007).

O PSS-10 é composto por 10 questões que apresentam possibilidades de resposta que variam de zero a quatro (0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= quase sempre; 4= sempre). As questões com sentido positivo (4, 5, 7, 8) apresentam sua pontuação somada de maneira invertida, deste modo: 1= 4, 2= 3, 3= 2, 4= 1, 5=0.

As demais questões apresentam sentido negativo e devem ser somadas diretamente. O escore final do PSS-10 é variável de 0-40, em que foi utilizado o seguinte sistema de classificação em níveis proposto por Guerreiro *et al.* (2019): 0-10 pontos, sem estresse; 11-20 pontos, estresse baixo; 21-30 pontos, estresse moderado e 31-40 pontos, estresse alto (Luft *et al.*, 2007).

Avaliação do Nível de Atividade Física

Para quantificar as atividades físicas realizadas e qualificar o nível de atividade física foi utilizada a versão curta do IPAQ, a qual é composta por oito questões referentes ao tempo semanal disponibilizado em práticas de caminhada, atividades físicas moderadas e vigorosas, incluindo as executadas no ambiente de trabalho, domiciliar e em momentos de lazer (Matsudo *et al.*, 2001).

Quanto à classificação, foram utilizadas as categorias e pontos de corte propostas por (Pitanga *et al.*, 2018) sedentário/a (< 10 minutos/semana de qualquer prática de atividade física); pouco ativo/a (≥ 10 minutos a < 150 minutos/semana de caminhada/atividade física moderada e/ou de 10 minutos a < 60 minutos/semana de atividade física vigorosa e/ou de 10 min a < 150 minutos/semana de qualquer combinação de caminhada, atividade física moderada e vigorosa); fisicamente ativo/a (≥ 150 minutos/semana de caminhada/ atividade física moderada e/ou ≥ 60 minutos/semana de atividade vigorosa e/ou ≥ 150

minutos/semana de qualquer combinação de caminhada, atividade física moderada e vigorosa); e muito ativo/a (≥ 150 minutos/semana de atividade física vigorosa, ou ≥ 60 minutos/semana de atividade física vigorosa mais 150 minutos/semana de qualquer combinação entre caminhada e atividade física moderada). Para a fase analítica, a categoria pouco ativo/a foi unificada à sedentário/a e a muito ativo/a à fisicamente ativo/a, resultando em apenas duas classificações centrais.

Análise Estatística

Os dados foram analisados utilizando o software IBM SPSS (Statistics for Windows, versão 23.0 Armonk, NY). Para caracterização da amostra foi utilizado análise descritiva em frequência absoluta, medida de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). Do mesmo modo, as variáveis categóricas relacionadas ao nível de estresse percebido e ao nível de atividade física foram apresentadas em frequência absoluta e as numéricas foram apresentadas utilizando medida de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). A normalidade dos dados foi testada pelo teste de Shapiro-Wilk e após, foi comparado o nível de estresse percebido com o tempo dedicado à prática de atividades físicas e a permanência na posição sentada, utilizando teste comparativo paramétrico (teste T Student para grupos independentes) ou não paramétrico (teste U de Mann-Whitney). Foi adotado como margem de significância valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Os participantes do estudo ($n=18$), apresentaram média de idade de $26,5 \pm 3,0$ anos. Prevaleram mulheres e indivíduos com estado civil solteiro/a. Quando considerado os aspectos laborais, a média tempo de trabalho na Residência foi de $14,2 \pm 6,2$ meses. Ainda, houve maior proporção de indivíduos da área de fisioterapia que se encontravam no segundo ano do PRMS. Os dados demográficos e ocupacionais da amostra podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 - Dados demográficos e ocupacionais de residentes multiprofissionais de um Hospital de ensino do Sul do Brasil, 2023.

Variáveis	n = 18
Sexo [feminino, n]	11
Idade [anos, $\bar{x}$ (DP)]	26,5 (3,0)
Estado Civil	
Solteiro/a	15
Casado/a	3
Filhos [não, n]	18
Área de formação	
Educação Física	2
Farmácia	1
Fisioterapia	7
Nutrição	4
Psicologia	3
Serviço Social	1
Tempo de formação [anos, $\bar{x}$ (DP)]	2,9 (1,8)
Tempo de trabalho na sua profissão [anos, $\bar{x}$ (DP)]	1,8 (1,2)
Tempo de trabalho na Residência [meses, $\bar{x}$ (DP)]	14,2 (6,2)
Em qual ciclo da Residência se encontra	
Primeiro ciclo	8
Segundo ciclo	10
Turnos de trabalho Manhã e tarde	18
Faz plantões durante o mês [sim, n]	18
Plantões por mês [$\bar{x}$ (DP)]	1,3 (0,5)

Nota: Dados apresentados em frequência absoluta, média e desvio padrão; n: número; DP: desvio padrão.

A Tabela 2 apresenta o nível de estresse percebido, em que a pontuação média obtida no PSS-10 foi de $19,6 \pm 6,0$. Quando considerada a classificação no instrumento, houve maior proporção de residentes multiprofissionais com estresse baixo ($n=9$) e moderado ($n=8$).

Tabela 2 - Nível de estresse percebido de residentes multiprofissionais de um hospital de ensino do Sul do Brasil, 2023.

Variáveis	n = 18
Chateado por algo inesperado [n]	
Nunca	-
Quase nunca	3
Às vezes	7
Quase sempre	8
Sempre	-
Incapaz de controlar coisas importantes [n]	
Nunca	-
Quase nunca	5
Às vezes	7
Quase sempre	4
Sempre	2
Nervoso e estressado [n]	
Nunca	1
Quase nunca	2
Às vezes	5
Quase sempre	8
Sempre	2
Confiante [n]	
Nunca	-
Quase nunca	1
Às vezes	8
Quase sempre	7
Sempre	2
Indo do seu jeito [n]	
Nunca	-
Quase nunca	4
Às vezes	8
Quase sempre	6
Sempre	-
Não poderia lidar [n]	
Nunca	1
Quase nunca	2
Às vezes	10
Quase sempre	5
Sempre	-
Capaz de controlar irritações em sua vida [n]	
Nunca	-

Variáveis	n = 18
Quase nunca	-
Às vezes	6
Quase sempre	8
Sempre	4
Estava no topo das coisas [n]	
Nunca	2
Quase nunca	3
Às vezes	9
Quase sempre	3
Sempre	1
Esteve com raiva [n]	
Nunca	3
Quase nunca	4
Às vezes	2
Quase sempre	8
Sempre	1
Dificuldades estavam se acumulando [n]	
Nunca	2
Quase nunca	6
Às vezes	5
Quase sempre	4
Sempre	1
Pontuação PSS-10 [$\bar{x}$ (DP)]	19,6 (6,0)
Classificação PSS-10 [n]	
Sem estresse	1
Estresse baixo	9
Estresse moderado	8
Estresse alto	-

Nota: Dados apresentados em frequência absoluta, média e desvio padrão; n: número; PSS-10: Escala de estresse percebido-10.

Quanto ao nível de atividade, houve prevalência de residentes classificados como fisicamente ativos (n=15). Cabe destacar que a simultaneidade entre prática de atividade física moderada e vigorosa foi observada em apenas 3 participantes. As informações referentes ao nível de atividade física estão dispostas na Tabela 3.

Tabela 3 - Nível de atividade física de residentes multiprofissionais de um hospital de ensino do Sul do Brasil, 2023.

Variáveis	n=18
Prática de caminhada [sim, n]	17
Tempo de caminhada por semana [horas, $\bar{x}$ (DP)]	6,7 (12,1)
Prática de atividades moderadas [sim, n]	14
Tempo de atividades moderadas por semana [horas, $\bar{x}$ (DP)]	3,0
Prática de atividades vigorosas [sim, n]	7,0
Tempo de atividades vigorosas por semana [horas, $\bar{x}$ (DP)]	3,3 (2,6)
Tempo sentado durante dia de semana [horas, $\bar{x}$ (DP)]	5,8 (2,2)
Tempo sentado durante final de semana [horas, $\bar{x}$ (DP)]	8,8 (4,9)
Classificação IPAQ [n]	
Fisicamente ativo	15
Fisicamente inativo	3

Nota: Dados apresentados em frequência absoluta, média e desvio padrão; n: número; DP: desvio padrão; IPAQ: Questionário internacional de atividade física.

Quando considerada a comparação entre as variáveis, não houve diferença entre o nível de estresse percebido apresentado pelos residentes e o tempo dedicado à prática de atividades físicas e sentado (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação entre residentes multiprofissionais com estresse baixo e moderado quanto ao tempo dedicado à prática de atividades físicas e sentado, 2023.

Variáveis	Estresse baixo n = 9 $\bar{x}$ (DP)	Estresse moderado n = 8 $\bar{x}$ (DP)	p
Tempo de caminhada por semana (horas)	8,1 (15,4)	4,8 (7,9)	0,423a
Tempo de atividades moderadas por semana (horas)	0,7 (0,3)	2,0 (1,3)	0,065a
Tempo de atividades vigorosas por semana (horas)	0,8 (0,2)	1,7 (1,4)	0,533a
Tempo sentado durante dia de semana (horas)	5,9 (2,3)	5,9 (2,4)	0,990b
Tempo sentado durante final de semana (horas)	9,5 (6,4)	8,4 (2,9)	1,000a

Nota: Dados apresentados em média e desvio padrão; DP: desvio padrão; p<0,05. aTeste U de Mann-Whitney e bT Student; p<0,05.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa identificou que residentes de um PRMS vinculados a um hospital de ensino do Sul do Brasil apresentam indicadores desfavoráveis de estresse percebido e bons níveis de atividade física. Houve maior proporção de indivíduos classificados com estresse baixo/moderado e como fisicamente ativos nos participantes investigados. Não houve diferença entre o nível de estresse apresentado e o tempo investido para a prática de atividades físicas e para a permanência na posição sentada.

Houve prevalência de mulheres na amostra, algo que já tem sido relatado por estudos realizados com esta mesma população (Squarcini *et al.*, 2021; Goulart *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2014). O predomínio de gênero pode ser justificado pelo aumento substancial da empregabilidade feminina em diferentes profissões que compõem a área da saúde (Goulart *et al.*, 2014). As demais características demográficas observadas nos resultados do presente estudo, tais como idade, estado civil e a presença de filhos ou não, também se assemelham ao que vêm sendo descrito na literatura (Goulart *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2014).

Quando considerado o estresse, esta resposta adaptativa envolve o desequilíbrio entre aspectos físicos, psicológicos e hormonais sendo incitada pela exposição às situações adversas consideradas desafiadoras (Teixeira *et al.*, 2019) e nesse sentido, (Rosinha *et al.*, 2021) destacaram, em seu estudo de revisão integrativa, quatro aspectos contribuintes para o desenvolvimento desta condição em residentes multiprofissionais: (I) carga de trabalho demasiadamente aumentada; (II) necessidade constante de prestar assistência/atendimento aos pacientes com maior gravidade clínica; (III) sobrecarga emocional e (IV) baixa qualidade de sono, expressada por tempo inferior ao recomendado.

Algumas pesquisas com delineamento transversal têm buscado caracterizar esta população quanto ao estresse percebido. Assim sendo, (Silva *et al.*, 2014) investigaram o estresse relacionado ao trabalho em 36 residentes multiprofissionais vinculados a um PRMS de uma universidade pública do Rio Grande do Sul, demonstrando que 51,35% destes apresentam estresse baixo e 48,65% apresentam estresse alto. Do mesmo modo, (Rocha *et al.*, 2018) e (Silva *et al.*, 2019) relataram que 78,9 e 96,2% de suas amostras apresentavam estresse, respectivamente. O presente estudo vai ao encontro destas informações, visto

que houve maior número de residentes sob situação de estresse, devendo tais manifestações serem objeto de atenção em instituições que oferecem PRMS, pois repercutem diretamente na saúde mental, desempenho laboral e na qualidade de vida destes sujeitos.

Embora pouco tenha sido investigado sobre o nível de atividade física nesta população, evidências transversais têm demonstrado indicadores positivos utilizando o IPAQ. Deste modo, (Squarcini *et al.*, 2021) revelaram em seu estudo que 8/10 residentes se apresentavam fisicamente ativos. (Vieira, 2019), ao estratificar sua amostra de acordo com os anos de duração do PRMS, observou maior prevalência de indivíduos classificados como muito ativos/ativos no segundo ano quando comparado ao primeiro, correspondendo a 67,5 e 49,9%, respectivamente. Tais dados vão ao encontro do que fora apresentado no presente estudo, em que houve maior proporção de residentes com bons níveis de atividade física, além disso, a média de tempo de prática de atividades físicas moderadas apresentada pelos residentes avaliados foi de 3 horas, atendendo ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (entre 2 horas e 30 minutos e 5 horas semanais) (OMS, 2020).

No entanto, deve ser ressaltado que ao dividir a amostra de acordo com o nível de estresse, foram observadas médias de tempo de prática de atividades físicas moderadas inferiores ao preconizado pela OMS. Todavia, a relação entre a execução de exercícios físicos e a redução dos níveis de estresse já se encontra bem estabelecida na literatura. Assim sendo, Silva *et al.* (2015) realizaram uma revisão bibliográfica composta por 31 artigos identificando que quase em totalidade, os resultados apresentados indicavam que a prática de atividade física está inversamente relacionada ao estresse em diferentes faixas etárias. Portanto, cabe destacar que apesar do nível de atividade física apresentado pelos residentes avaliados no presente estudo ter sido favorável, independentemente do nível de estresse, ainda se torna necessária a elaboração e implementação de estratégias interventivas mediadas por PRMS visando o enfrentamento dos níveis de estresse.

A pesquisa apresenta como ponto positivo, a avaliação do nível de estresse e de atividade física em uma população pouco estudada, sendo precursor em estabelecer comparação entre o nível de estresse percebido e o tempo dedicado à prática de atividades físicas em residentes multiprofissionais. Apesar do exposto, houve limitações, como o restrito número de participantes, a não realização de

cálculo amostral a priori e a utilização de dados auto relatados, em que pode ocorrer subestimação ou superestimação do estresse vivenciado ou das atividades físicas executadas

CONCLUSÃO

A presente pesquisa evidenciou que residentes multiprofissionais vinculados a um PRMS de um hospital de ensino do Sul do Brasil possuem nível de estresse percebido baixo/moderado, se encontram em maior proporção fisicamente ativos e dedicam tempo semelhante para prática de atividades físicas independentemente do nível de estresse percebido apresentado.

REFERÊNCIAS

- International Stress Management Association (UK). Facts about Stress. United Kingdom: International Stress Management Association (UK); 2013.
- Vinstrup J, Jakobsen MD, Andersen LL. Perceived stress and low-back pain among healthcare workers: A multi-center prospective cohort study. *Front Public Health* 2020;8(1):1-7.
- Silva RMB, Moreira SNT. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: compreendendo significados no processo de formação. *Rev Bras Educ Med* 2019;43(4):157-66.
- Lara JR, Gustavson JP, Goveia JC, Vargas LM. Consequências da pandemia de COVID-19 sobre os níveis de estresse e atividade física em profissionais da saúde. *Rev Stricto Sensus* 2021;6(1)1-14.
- Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee IM. Physical inactivity and non communicable disease burden in low-income, middle income and high-income countries. *Br J Sports Med*. 2022;56(2):101-106.
- Vieira DZ. Nível de atividade física de residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2002.
- Williams AS, Williams CD, Cronk NJ, Kruse RL, Ringdahl EN, Koopman RJ. Understanding the exercise habits of residents and attending physicians: a mixed methodology study. *Fam Med*. 2015;47(2):118-123.
- Rocha JS, Casarotto RA, Schmitt ACB. Saúde e trabalho de residentes multiprofissionais. *Rev Cien Salud Bogotá* 2018;16(3):447-462.
- Squarcini CFR, Macêdo DA, Pinto HLG, Silva AFJ, Ohara D, Anjos SDS. Nível de atividade física e comportamento sedentário em residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde da família durante a pandemia do Covid-19. *Prat Cuid Rev Saúde Colet*. 2021;1(e13014):1-17.
- Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):606-615.

Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2001;6(2):5-12.

Pitanga FJG, Matos SMA, Almeida MC, Barreto SM, Aquino EML. Atividade física no tempo livre, porém não atividade física no deslocamento, está associada com risco cardiovascular em participantes do ELSA-Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2018;110(1):36-43.

Goulart CT, Silva RM, Bolzan EMO, Guido LA. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev Rede Enf Nord*. 2012;13(1):178-86.

Silva RM, Goulart CT, Lopes LFD, Serrano PM, Guido LA. Estresse e hardiness entre residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev Enferm UFSM* 2014;4(1):87-96.

Teixeira FD, Prebianchi HB. Comprometimento, estresse e satisfação com a vida de profissionais da saúde. *Rev Psicol Organ Trab*. 2019;19(2):598-606.

Rosinha GF, Chavaglia SRR, Pires FC, Ohl RIB, Ferreira LA, Santos AS. Fatores desencadeantes do estresse psicológico em residentes não médicos: revisão integrativa. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc*. 2021;9(4):1002-1014.

Organização Mundial da Saúde. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020.

Silva ML, Leonidio ACR, Freitas CMSM. Prática de atividade física e o estresse: uma revisão bibliométrica. *Rev Educ Fís/UEM* 2015;26(2):331-339.

PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO IDOSO COM HIPERTENSÃO

Millena Vitória Vieira Feitosa

Faculdade Santa Luzia (FSL)

Mariana Barreto Serra

Faculdade Santa Luzia (FSL)

William Bergues de Souza Travassos

Faculdade Santa Luzia (FSL)

RESUMO

Objetivo: descrever os cuidados e a importância dos serviços prestados pelos profissionais de enfermagem aos idosos com hipertensão. **Métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, utilizando artigos científicos publicados nas principais bases de dados sobre o tema (2019-2024). A pesquisa foi realizada entre janeiro e maio de 2024 nas bases de dados MEDLINE, SciELO e LILACS. **Resultados:** Entende-se que o papel da enfermagem no cuidado a idosos com hipertensão envolve educação em saúde na atenção básica, acompanhamento contínuo, monitorização de sinais vitais, aferição diária da pressão arterial, uso de medicamentos anti-hipertensivos, atividades assistenciais de emergência e desenvolvimento de ações multiprofissionais e intersetoriais. **Conclusão:** Reconhecendo a importância dos profissionais de enfermagem na assistência sistematizada aos hipertensos, este estudo enfatiza a necessidade de novas pesquisas científicas, treinamentos e especializações. A atualização constante das informações e a melhoria das práticas de atendimento são essenciais para oferecer um cuidado de qualidade aos idosos.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Equipe de Enfermagem, Saúde do Idoso.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (ou 14 por 9) (BRASIL, 2023).

De acordo com uma pesquisa realizada por Meneses *et al* (2024) utilizando os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2017, a prevalência de hipertensão autorreferida passou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. A pressão tende a aumentar com a idade, chegando, em 2017, a 60,9% entre os adultos com 65 anos e mais; Essa faixa etária tende a utilizar com maior frequência os serviços de saúde e, quando internados, requerem maior tempo de internação do que os mais jovens. Os idosos também são propensos a doenças crônicas e múltiplas, que persistem por vários anos e requerem atenção médica contínua por equipes multidisciplinares.

A investigação da hipertensão em idosos é uma preocupação legítima na enfermagem, com o objetivo de promover e proteger a saúde desse grupo. Segundo Santana *et al.* (2019), o enfermeiro é responsável por atividades educativas, que podem incluir palestras e orientações sobre a prática de exercícios físicos, oficinas sociais para promover socialização e autoestima, além de aconselhamento sobre os riscos da interrupção do tratamento e controle da pressão arterial. Portanto, o enfermeiro é fundamental na prestação do cuidado, pois passa mais tempo com os pacientes e suas famílias, estando mais próximo deles.

Esta pesquisa é importante por abordar as atividades do enfermeiro na gestão da hipertensão, uma doença crônica que pode levar a complicações graves se não for controlada. As atividades incluem medidas preventivas, organização de programas de rede e palestras para pessoas que ainda não desenvolveram hipertensão. A detecção precoce e o tratamento contínuo são fundamentais para garantir o controle da pressão arterial, melhorar a qualidade de vida e reduzir o risco de complicações.

Assim, esta pesquisa tem como objetivo descrever os cuidados e a importância dos serviços de enfermagem prestados aos idosos com hipertensão, com base nas publicações mais recentes sobre o tema.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa de literatura, na qual foram obtidos artigos das bases de dados MEDLINE, SciELO e LILACS. Os artigos selecionados foram publicados nos últimos cinco anos (2019-2024), em português e inglês, e abordaram o papel do enfermeiro no cuidado do idoso com hipertensão. Os descritores utilizados foram “Hipertensão arterial sistêmica”, “Equipe de Enfermagem” e “Idosos”, combinados entre si usando os operadores booleanos “and” e “or” para uma busca mais abrangente dos dados. Foi criado um instrumento de coleta de dados contendo informações sobre os autores e as publicações, incluindo título, ano, tipo de estudo, objetivos, resultados e conclusões. As principais contribuições de cada artigo foram extraídas e comparadas, agrupadas por similaridade de conteúdo e apresentadas em um quadro.

RESULTADOS

De um total de 92 artigos encontrados com o uso dos descritores, foram selecionados 10 artigos para a elaboração dos resultados referentes ao tema. Os artigos encontrados foram publicados nos anos de 2019 (2 artigos), 2020 (3 artigos), 2021 (2 artigos), 2022 (1 artigo), 2023 (1 artigo) e 2024 (1 artigo). O Quadro 1 mostra os principais resultados classificados quanto a referência, título, tipo de estudo e resultados obtidos, disposto segundo ordem cronológica de publicação, conforme segue:

Quadro 1 - Papel do enfermeiro no cuidado do idoso com hipertensão.

REFERÊNCIA	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADO OBTIDO
DE QUEIROZ et al., 2019	Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado ao idoso portador de hipertensão arterial sistêmica.	Estudo descritivo, de natureza qualitativa	Cabe ao enfermeiro ser um facilitador do cuidado em saúde através da manutenção de um vínculo com o paciente, seus familiares e demais membros da equipe. Ademais, organização e proatividade podem constituir-se como condutas efetivas na assistência em saúde.
FIGUEIREDO et al., 2019	Intervenções do enfermeiro promotoras do autocuidado da pessoa idosa com hipertensão.	Scooping Review	As evidências analisadas destacam a importância da informação como dimensão fundamental para que o idoso adquira conhecimento sobre a sua doença e o regime terapêutico estabelecido, permitindo a minimização e prevenção de complicações na sua saúde.

REFERÊNCIA	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADO OBTIDO
COSTA et al., 2020	O papel do enfermeiro na garantia da saúde do idoso no programa Hiperdia.	Estudo descritivo, do tipo revisão integrativa de literatura	Os enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) necessitam programar e implementar atividades de investigação e acompanhamento dos idosos, evitando agravos à saúde destes.
LIMA et al., 2020	Letramento funcional em saúde de idosos com hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família.	Estudo quantitativo transversal	O enfermeiro necessita conhecer o Letramento Funcional em Saúde de pessoas idosas com hipertensão arterial e seus fatores associados para que este possa ter subsídios para o planejamento de estratégias de educação em saúde que atendam, de fato, as necessidades em saúde dessa população.
RABELO et al., 2020	Papel do enfermeiro na prevenção da hipertensão arterial sistêmica em idosos.	Revisão bibliográfica	O enfermeiro, como parte da equipe multiprofissional, exerce o cuidado avaliando e empregando as normas e orientações disponibilizadas pelo governo e profissionais para melhorar o cuidado.
OLIVEIRA; LAGO, 2021	A atuação do enfermeiro e da equipe multidisciplinar no controle da hipertensão arterial sistêmica através da educação em saúde: uma revisão integrativa.	Revisão integrativa de literatura	Infer-se que o profissional Enfermeiro e a equipe multidisciplinar, somado ao comprometimento do usuário, são os principais responsáveis pelo tratamento do paciente portador de HAS, através da educação em saúde, estimulando a prática do autocuidado dando adesão ao tratamento, e aproximando os portadores de HAS aos serviços de saúde.
SOARES et al., 2021	Atuação do enfermeiro na mudança do estilo de vida de pessoas com hipertensão: revisão narrativa da literatura.	Revisão narrativa de literatura	Constatou-se por meio deste estudo que a responsabilidade dos enfermeiros vai além de ser o mediador entre o paciente e a hipertensão, ele é o profissional capaz de auxiliar a pessoa com hipertensão na modificação de sua vida, pois a sua proximidade e vínculo fazem com que isto seja possível.
GOMES; LOPES, 2022	A importância do papel do profissional enfermeiro nas orientações e tratamentos da hipertensão arterial em idosos.	Pesquisa descritiva e abordagem qualitativa	Observou-se que os cuidados de enfermagem apresentados pelas equipes são de suma importância para melhorar a qualidade de vida dos idosos.
LOPES et al., 2023	Assistência de enfermagem às pessoas idosas com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família.	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa	A assistência de enfermagem a pessoas idosas com hipertensão arterial deve ser realizada de forma contínua e integral, buscando oferecer atenção adequada, conforme as necessidades de cada paciente.
CERILO-FILHO et al., 2024	Fatores de risco, enfermagem e educação em saúde: As complicações frente a Hipertensão arterial sistêmica.	Estudo descritivo de natureza qualitativa	Os enfermeiros devem agir junto aos pacientes nos fatores de risco modificáveis, de modo a prevenir a hipertensão e/ou reduzir os níveis pressóricos dos pacientes.

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Entende-se que o papel da enfermagem no cuidado a idosos com hipertensão envolve educação em saúde na atenção básica, acompanhamento contínuo, monitorização de sinais vitais, aferição diária da pressão arterial, uso de medicamentos anti-hipertensivos, atividades assistenciais de emergência e desenvolvimento de ações multiprofissionais e intersetoriais.

DISCUSSÃO

A hipertensão está associada a sistemas vitais do organismo humano, aumentando os riscos de complicações cardíacas e outros problemas de saúde. Sintomas como cefaleia, náuseas e tonturas podem evoluir para complicações graves, como acidente vascular encefálico (AVE) ou parada cardiorrespiratória (PENHA; MARQUES; RODRIGUES, 2021).

O diagnóstico em idosos ocorre pela aferição diária da pressão arterial em repouso. A atenção básica deve oferecer orientações sobre hábitos saudáveis e monitorar a pressão arterial do paciente. Na internação hospitalar, os enfermeiros são responsáveis pelo acompanhamento e pela administração dos medicamentos necessários. A consulta de enfermagem desempenha um papel importante na orientação do paciente e na prevenção de complicações cardiovasculares. O acompanhamento do paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) após a alta hospitalar é fundamental para garantir o controle da pressão arterial e prevenir complicações (SAMPAIO *et al.*, 2020).

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na promoção de mudanças nos hábitos de vida e na gestão dos fatores que contribuem para o aumento da pressão arterial. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é essencial para garantir uma assistência de qualidade e uma abordagem personalizada do cuidado ao paciente hipertenso (MELO *et al.*, 2023).

O enfermeiro deve fornecer informações educativas tanto durante a internação hospitalar quanto na atenção básica. Além disso, é essencial capacitar o enfermeiro para educar pacientes e comunidades sobre a hipertensão, promovendo mudanças na alimentação e estilo de vida para prevenir complicações graves. É importante orientar os idosos sobre uma dieta saudável, evitar o consumo excessivo de sal, adotar hábitos saudáveis e seguir corretamente o tratamento medicamentoso. As intervenções junto à família incluem o acompanhamento

da pressão arterial, redução do estresse e orientações sobre o uso adequado de medicamentos, além de encaminhar para serviços de urgência em caso de complicações (SANTANA *et al.*, 2020).

A consulta de enfermagem é uma jornada instrucional que consiste em orientar o indivíduo quanto aos cuidados necessários para a manutenção de sua saúde. Na atenção básica, essa prática tem apresentado resultados favoráveis, com aumento da adesão às medidas de precaução voltadas ao acompanhamento de indivíduos com pressão arterial limítrofe e HAS. O objetivo da consulta para indivíduos com pressão arterial limítrofe é prevenir o aparecimento de doenças cardiovasculares, promovendo a adoção de um estilo de vida saudável e realizando uma avaliação de risco (BRASIL, 2023).

Nas unidades básicas de saúde (UBS) e nas estratégias de saúde da família (ESF), profissionais dedicados desempenham papel fundamental no cuidado dessas pessoas, especialmente na atenção básica, proporcionando funções de monitoramento para aprimorar o conhecimento contextual e a compreensão social dos usuários dos serviços, suas necessidades, características e história de vida. Portanto, é imprescindível que o profissional compreenda a realidade do paciente e reflita sobre sua prática para que possa prestar um cuidado dedicado e integral à pessoa com HAS (LIMA *et al.*, 2020).

Segundo Figueiredo *et al* (2019), o enfermeiro, como especialista da unidade básica, deve realizar a avaliação clínica do paciente, identificar seus problemas de saúde e com base nisso oferecer intervenções eficazes. A utilização da ficha de cuidados de enfermagem para orientar o cuidado incluindo histórico de enfermagem, diagnóstico, intervenções e avaliação do cuidado permite aos profissionais implementar um processo que inclui estratégias educativas para o paciente e seus familiares.

Os diagnósticos de enfermagem devem ser baseados em informações colhidas no histórico médico, que é a base para a ação. Porque a intervenção de enfermagem ajuda a regular os níveis de pressão arterial, controlando os fatores de risco e mudando hábitos. Nesta fase, o enfermeiro deve criar um novo estilo de vida para o paciente através da promoção da saúde, enfatizando a conscientização do paciente (OLIVEIRA; LAGO, 2021).

CONCLUSÃO

A partir deste estudo, entende-se que o papel da enfermagem no cuidado a idosos com hipertensão, conforme evidenciado na literatura, envolve um processo abrangente de educação em saúde na atenção básica. Isso inclui orientar o paciente e seus familiares, realizar acompanhamento contínuo, monitorar sinais vitais, aferir diariamente a pressão arterial e administrar medicamentos anti-hipertensivos. Além disso, os enfermeiros participam de atividades assistenciais de emergência e do desenvolvimento de ações multiprofissionais e intersetoriais.

Constatou-se que o cuidado diário dos idosos com pressão arterial elevada torna o enfermeiro um aliado fundamental no tratamento, auxiliando e orientando o paciente de forma humanizada ao longo do processo. Sendo a hipertensão uma doença crônica sem cura, o tratamento é vitalício.

Dada a importância da atuação dos profissionais de enfermagem na assistência sistematizada, é essencial promover novas pesquisas científicas e investir em treinamentos e especializações. Isso permitirá a atualização das informações e a melhoria das práticas de atendimento aos idosos, contribuindo para a melhoria do quadro clínico dos pacientes assistidos.

Agradecimentos

Somos muito abençoados e agradecemos a Deus por tudo que Ele faz por nós e por nossas famílias, por nos guardar e nunca nos desamparar. Aos nossos pais e amigos por nos incentivar em nossa jornada acadêmica. Aos nossos professores pelos ensinamentos transmitidos. A todos que contribuíram de alguma forma na nossa caminhada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial**. Biblioteca virtual em saúde. 2023. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2080-hipertensao>>. Acesso em: 19 de maio de 2023.

CERILO-FILHO, Marcelo et al. Fatores de risco, enfermagem e educação em saúde: As complicações frente a Hipertensão arterial sistêmica. **Diversitas Journal**, v. 9, n. 1, 2024.

COSTA, Claudenice Gomes et al. O papel do enfermeiro na garantia da saúde do idoso no programa Hiperdia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4079-e4079, 2020.

DE QUEIROZ, Rosimeire Fontes et al. Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado ao idoso portador de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 3-13, 2019.

FIGUEIREDO, Maria do Carmo et al. Intervenções do enfermeiro promotoras do autocuidado da pessoa idosa com hipertensão. In: **Iº Congresso Internacional em Literacia para a Saúde**, ed. 1, 2019.

GOMES, Eudicléia De Almeida; LOPES, Diógenes Alexandre da Costa. A importância do papel do profissional enfermeiro nas orientações e tratamentos da hipertensão arterial em idosos. **Revista da Saúde da AJES**, v. 8, n. 16, 2022.

LIMA, Juliana Piveta de et al. Letramento funcional em saúde de idosos com hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, p. e20190848, 2020.

LOPES, Vanessa de Matos et al. Assistência de enfermagem à s pessoas idosas com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família. **APS EM REVISTA**, v. 5, n. 1, p. 03-09, 2023.

MELO, Laercio Deleon de et al. Hábitos alimentares e suas influências sobre a saúde de hipertensos: contribuições ao cuidado de enfermagem. **Revista Pró-UniversUS**, v. 14, n. 1, p. 21-28, 2023.

MENESES, Júlia Rachel Ferreira et al. Avaliação clínica e eletrocardiográfica da Hipertensão Arterial Sistêmica em idosos na Atenção Básica do município de Parnaíba-Piauí. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 1, p. e12013144871-e12013144871, 2024.

OLIVEIRA, Micheli Rodrigues de; LAGO, Vivian Miranda. A atuação do enfermeiro e da equipe multidisciplinar no controle da hipertensão arterial sistêmica através da educação em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e7042-e7042, 2021.

PENHA, Bruna Cristina Miranda; MARQUES, Gessiane Pereira; RODRIGUES, Kaila Mary Reis. Acompanhamento farmacoterapêutico do paciente idoso com hipertensão arterial em população brasileira: achados de revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 11412-11425, 2021.

RABELO, Leonardo Moreira et al. Papel do enfermeiro na prevenção da hipertensão arterial sistêmica em idosos. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v. 6, n. 12, p. 22-28, 2020.

SAMPAIO, Samyra Maria Lima et al. Atuação de enfermagem frente ao atendimento ao paciente hipertenso: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 50, p. e3526-e3526, 2020.

SANTANA, Breno de Sousa et al. Hipertensão arterial em idosos acompanhados na atenção primária: perfil e fatores associados. **Escola Anna Nery**, v. 23, p. e20180322, 2019.

SANTANA, Edileuza Teixeira et al. Diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA-I para idosos em instituição de longa permanência. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20200104, 2020.

SOARES, Jailton Diniz et al. Atuação do enfermeiro na mudança do estilo de vida de pessoas com hipertensão: revisão narrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e20101119152-e20101119152, 2021.

SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR

Juliana Mitre da Silva
Centro Universitário Faesa (FAESA)

RESUMO

Objetivou-se neste estudo descrever como a segurança do paciente está inserida no atendimento pré-hospitalar, bem como possíveis lacunas e/ou dificuldades para sua implementação. Trata-se de uma revisão de escopo da literatura com busca por publicações nas bases de dados LILACS, BDENF, MEDLINE, teses, manuais e sites de associações internacionais. Existem variáveis diversas que podem comprometer a segurança dos pacientes que vão desde questões ligadas aos profissionais, como à equipamentos, organização e suporte, entretanto dificuldades com a comunicação ganharam destaque, porém o número limitado de publicações sobre a temática caracterizou-se como um fator limitante à investigação proposta.

Palavras-chave: Atendimento pré Hospitalar, Segurança do Paciente, Serviços Médicos de Emergência.

INTRODUÇÃO

Há muito que a segurança do paciente tem sido discutida no mundo como uma das prioridades para os serviços de saúde, e sabe-se que muitos incidentes poderiam ser evitados ou mitigados, reduzindo o risco de danos transitórios ou permanentes e mesmo de mortes associadas a falhas na assistência, bem como a redução de custos aos serviços de saúde, mas essa preocupação também está presente nos serviços de atendimento pré-hospitalar? As tensões e diversidade de atendimentos realizados permitem a implementação dos princípios da segurança do paciente? Objetivou-se neste estudo portanto descrever como a segurança do paciente está inserida no atendimento pré-hospitalar, bem como possíveis lacunas e/ou dificuldades para sua implementação por meio de buscas na literatura.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura com buscas por publicações nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and a Retrieval System on-line* (MEDLINE), teses, manuais e sites de associações internacionais. Para tal foi elaborada a seguinte questão norteadora: O atendimento pré-hospitalar atende os requisitos de segurança do paciente? Para as buscas foram utilizados os descritores em ciências da saúde: Serviços médicos de emergência; Segurança do Paciente. Critérios de inclusão: publicações dos anos de 2015 a 2020, com versões disponíveis na íntegra em português. Critérios de exclusão: publicações em outras línguas com exceção da publicação da OMS: *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*, e publicações que abordassem outra temática que não a de interesse nesse estudo.

DESENVOLVIMENTO

Os profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar lidam diariamente com o desafio de prestar atendimento nas piores situações possíveis, os locais por vezes são caóticos e o atendimento pode estar acompanhado por perigos e clima adverso, e assim como os profissionais não podem escolher

dentre essas variáveis para atender ou não as ocorrências, do outro lado temos os pacientes que também não podem escolher quais profissionais irão ou não irão atendê-los (PHTLS, 2017).

A insuficiência de recursos, espaço físico inadequado, equipe reduzida, desajustes na distribuição de tarefas, forte controle de regras, supervalorização da hierarquia, exaustão emocional, cansaço, desgaste pelo excesso de horas extras e excesso de esforço físico nos atendimentos, correspondem aos riscos encontrados no estudo de mapeamento realizado entre profissionais do SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência do Distrito Federal (ARAÚJO, OLIVEIRA; 2019).

Porém é direito do indivíduo receber uma assistência à saúde de qualidade, e obrigação dos serviços de saúde oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura e que resulte na satisfação do cliente em todo o processo (ANVISA, 2017).

A segurança do paciente visa à prevenção e mitigação de falhas no cuidado à saúde, a OMS – Organização Mundial da Saúde estima que ocorram danos à dezenas de milhares de pessoas todos os anos no mundo, e, com o objetivo de alcançar um cuidado seguro a OMS e a Comissão Conjunta Internacional incentivam a adoção de metas internacionais de segurança do paciente, e as seis primeiras metas estão relacionadas à prevenção de situações de erros de identificação dos pacientes, falhas de comunicação, erros de medicação, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções associadas ao cuidado e quedas dos pacientes (ANVISA, 2017).

No Brasil, em abril de 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da Portaria Ministerial nº529 com os seguintes objetivos específicos:

- I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e
- V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Em consonância ao desafio mundial de garantir a segurança do paciente, foi lançado o plano de ação global em todos os níveis do sistema de saúde em todo o mundo para o decênio de 2021 a 2030 que reconhece a segurança do paciente como uma prioridade para o setor saúde, a visão desse plano de ação global é descrita como: um mundo em que ninguém seja prejudicado na área da saúde e todos os pacientes recebam cuidados seguros e respeitosos, todas as vezes, em todos os lugares, sendo que a principal estratégia para alcançar êxito nessa proposta é o fornecimento de orientações voltadas à segurança do paciente (WHO, 2021).

As buscas iniciais para responder à questão norteadora dessa investigação, resultaram em 20 referências que foram analisadas quantos aos critérios de inclusão e exclusão propostos. Após leitura na íntegra permaneceram apenas cinco textos, tendo em vista que os demais foram excluídos por fugirem da temática de interesse ou por abordarem questões voltadas para a segurança do paciente, mas fora do contexto do atendimento pré-hospitalar, o qual caracteriza-se o objetivo dessa investigação.

Os principais riscos para a segurança do paciente encontrados no atendimento pré-hospitalar móvel, sob a ótica de enfermeiros, foram descritos no estudo realizado por Castro *et al.*, 2018 como: dificuldades na guarda e organização de materiais, a especificidade do trabalho, risco de infecção, risco de traumas e dificuldades na administração de medicamentos. Devendo ser considerado que alguns riscos listados nesse estudo convergem com algumas das metas propostas pela Anvisa (2017) como prioritárias e descritas como: infecções associadas ao cuidado, quedas dos pacientes e erros de medicação.

A comunicação na transferência de casos também foi outro problema descrito e tornou-se destaque em dois estudos que compuseram essa revisão:

As estratégias de comunicação na transferência de casos entre os serviços pré-hospitalar e intra-hospitalar e suas contribuições para a segurança do paciente foram analisadas por meio de uma revisão integrativa pelos autores Souza *et al.* 2020, e foi visto que o uso de mnemônicos tais como o SBAR, ABCDE, ISBAR E AMPLE são ferramentas úteis durante a transferência de caso, porém não existe um consenso universal para todos os termos, além de parte destes instrumentos e mnemônicos omitirem informações de aspectos psicossociais, devendo ser considerado que ao cuidar o profissional precisa ter um

olhar integral ao paciente, ainda que em situações de emergência, outra barreira importante no processo de comunicação e transferência de casos entre o APH e os serviços hospitalares, são os múltiplos sistemas de recepção dos pacientes: em alguns locais a recepção é realizada pelo enfermeiro, em outros pelo médico e em alguns ainda não há nenhum profissional à espera e a equipe de remoção é quem deve adentrar o serviço e procurar algum profissional para transferir os cuidados do paciente.

A transferência de cuidados também foi discutida no estudo que objetivou compreender a visão dos profissionais de enfermagem de um pronto socorro sobre a transferência de cuidado de pacientes, e concluíram que, faz-se necessário implementar ações que favoreçam à comunicação, o trabalho em equipe e o cuidado centrado na transferência de cuidados como medida de segurança do paciente, visto que, quando a transferência de cuidados possui lacunas no compartilhamento de informações, dados essenciais podem ser perdidos, como por exemplo a presença de alergia medicamentosa, o que incorre em riscos ao paciente comprometendo a assistência prestada (SILVA *et al.*, 2019).

Outras metas listadas pela Anvisa (2017) não foram discutidas nos estudos que compuseram essa revisão, tais como: erros de identificação dos pacientes e erros em procedimentos cirúrgicos, e apesar de não estarem descritos na literatura trabalhada nessa oportunidade, sabe-se que são questões presentes em maior ou menor proporção no atendimento pré-hospitalar, tendo em vista que as vítimas/pacientes, por vezes, são atendidas inconscientes, sem familiares presentes e mesmo sem documentos, o que pode favorecer erros posteriores decorrentes de uma identificação incorreta. Com relação aos erros em procedimentos cirúrgicos tratados pela Anvisa, empiricamente observa-se que tem menor ocorrência nessa instância de atendimentos, pelo número reduzido ou quase nulo de procedimentos cirúrgicos que ocorrem nas unidades móveis ou mesmo no local do acidente, porém, ainda que sejam reduzidos os eventos, o ideal é que existissem protocolos/*check-list* de cirurgia segura.

Em uma tentativa de atender à maioria das questões da segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel Castro, *et al.* 2018 lista em seu estudo dez passos à serem adotados na assistência aos pacientes: 1- identificar o paciente por meio de pulseira, com cores que sinalizem sua gravidade, principalmente nos casos de múltiplas vítimas. 2- segurança relacionada à prevenção

de infecção. 3- segurança na administração de medicamentos. 4- segurança e padronização do acondicionamento de equipamentos e materiais. 5- atenção para as especificidades do atendimento pré-hospitalar móvel. 6- incentivar e valorizar a participação do paciente e família no processo de cuidar. 7- promover a comunicação com a central de regulação, por meio da melhor tecnologia. 8- prevenção de traumas e quedas. 9- proteger a pele de lesões adicionais e 10 – compreender o benefício e o impacto do uso de todos os equipamentos da ambulância.

CONCLUSÃO

Percebe-se que existem variáveis diversas que podem comprometer a segurança dos pacientes que vão desde questões ligadas aos profissionais, como à equipamentos, organização e suporte, entretanto, dificuldades com a comunicação ganharam destaque, por constituírem-se um processo frágil, o qual, precisam ser tomadas medidas tais como treinamentos e padronização na admissão e transferência de pacientes, à fim de, diminuir os riscos inerentes à possíveis falhas de comunicação que possam comprometer a segurança do paciente.

Os serviços médicos de emergência também são serviços de saúde e, portanto, necessitam ser encarados dessa forma e adotarem às medidas propostas pela Anvisa, OMS e demais organizações em prol da qualidade do atendimento aos pacientes/vítimas, e o caminho para o alcance dessa meta, perpassa pelo investimento em treinamentos, ações de educação em saúde e educação permanente dos profissionais que estimulem práticas seguras.

Ao findar este estudo, destaca-se dentre as limitações encontradas, o número reduzido de publicações atuais sobre a temática, o que reforça a relevância de mais estudos discorrendo sobre o assunto, dada sua importância para a enfermagem e sociedade.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Luciane Kozicz Reis; OLIVEIRA, Simone Santos. **MAPEAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO SAMU/DF**. Rev. Psicol.ciên.prof.v.39:1-12.mar.2019.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática**. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL, PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

CASTRO, Grayce Louyse Tinôco de; *et al* . **PROPOSTA DE PASSOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL**. Texto contexto - enferm. v. 27, n.3, 2018.

PHTLS: atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 8. Ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2017.

SILVA, Eloyne Tavares da, *et al* . **FATORES QUE INFLUENCIAM A SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA**. Rev. baiana enferm., Salvador, v. 33, e333408, 2019 .

SOUZA, Melorie Marano de; XAVIER, Allan Corrêa; ARAUJO, Cassia Amorim Rodrigues, *et al* . **COMMUNICATION BETWEEN PRE-HOSPITAL AND INTRA-HOSPITAL EMERGENCY MEDICAL SERVICES: LITERATURE REVIEW**. Rev Bras Enferm. V. 73. 2020.

World Health Organization. **Global patient safety action plan 2021–2030**: towards eliminating avoidable harm in health care, 2021.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Marcela Rosa da Silva

Mestre em enfermagem pela universidade do vale dos sinos no mestrado profissional em enfermagem. Possui graduação em bacharel em Enfermagem pela Universidade Luterana do Brasil, Canoas (2009), especialista em enfermagem do Trabalho pela Instituição de Administração hospitalar e ciências da Saúde (IAHCS) de Porto Alegre (2012), especialista em enfermagem em Pediatria e neonatologia pela AVM Faculdade Integrada do Rio de Janeiro (2015) e especialista em Enfermagem em Ginecologia e obstetrícia pela Faculdade Unileya do Rio de Janeiro (2017). Atua na área materno infantil, atualmente enfermeira assistencial serviço materno infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foi enfermeira assistencial da UTI neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Fev 2016 a Out 2017). Foi chefe do serviço de obstetrícia do hospital de Tramandaí (2014-2016), professora da Universidade Luterana do Brasil do *campus* Torres (2014).

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8625956611662993>

Liane Unchalo Machado

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1995), especialização em Enfermagem obstétrica pela Escola de Saúde Pública Mestrado em Medicina Pediatria e Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2009) e doutorado concluído em 2014 pela PUC em Pediatria e Saúde da criança. Atualmente é chefe da equipe de enfermagem do centro obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. (março de 2017) Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Obstétrica, atuando principalmente nos seguintes temas: aleitamento materno, pacientes obstétricas e recém-nascido.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7165807394987611>

Cristine Coelho Cazeiro

Enfermeira assistencial na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande- FURG (2013) - Pós graduada em Urgência, Emergência e Trauma pelo Sistema de Ensino Gaúcho-SEG (2015) - Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande- FURG (2016) - Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre- HPS POA/ Instituto Portoalegrense- IPA (2018) - Pós graduada em Ginecologia e Obstetrícia pela

faculdade Unyleya (2017).

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9172444959191713>

Paula Cristina Barth Bellotto

Mestre em Saúde Coletiva (Unisinos, 2014) com título da dissertação "Expectativas e vivências sobre o parto de mulheres vivendo com HIV/Aids". Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Feevale (2006) e especialização em Enfermagem Obstétrica pela Unisinos (2008) Atualmente é enfermeira do Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Experiência como preceptora do Curso de Enfermagem da FADERGS na disciplina de Práticas Clínicas em Enfermagem I. Experiência como enfermeira obstétrica nos hospitais Moinhos de Vento, Divina Providência e Santa Cruz. Tem experiência na área de Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde pública, saúde da mulher, programas de promoção da saúde e saúde coletiva.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6577643980162390>

ÍNDICE REMISSIVO

A

Algoritmos: 37, 38, 40, 41, 42, 43, 45

Atendimento pré Hospitalar: 73, 74

Atividade Física: 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63

B

Benefícios: 33, 37, 40, 41, 42

C

Clínica: 11, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 46, 60, 70, 72

D

Desigualdades: 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 39, 41, 45

Doadores de Sangue: 9, 10, 12, 13, 14, 22, 23, 24

E

Educação: 9, 10, 12, 13, 23, 24, 26, 30, 34, 35, 37, 38, 39, 44, 46, 52, 56, 65, 68, 69, 71, 72, 79

Educação em Saúde: 10, 12, 13, 23, 24, 65, 68, 69, 71, 72, 79

Eficácia: 37, 39, 40, 41, 46

Equipe de Enfermagem: 65, 67

Estresse Psicológico: 50, 63

H

Hemoglobina S: 10, 22

Hipertensão Arterial Sistêmica: 51, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72

P

População: 11, 24, 26, 30, 32, 35, 39, 51, 52, 53, 60, 61, 68, 72

Profissionais de Saúde: 28, 31, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 50

R

Residência Hospitalar: 50

S

Saúde: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 79

Saúde do Idoso: 65, 68, 72

Segurança do Paciente: 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80

Serviços Médicos de Emergência: 74, 75, 79

Sociais: 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 66



científica digital



VENDA PROIBIDA - ACESSO LIVRE - OPEN ACCESS

