



CHRONOS

URGÊNCIA





**Núcleo de Educação Permanente
SAMU 192 – Regional Fortaleza
NEP SAMUFor**



Revista Chronos Urgência

**Retratos do APH no Brasil: cenário, desafios, oportunidades e inovações
(Edição Temática em fluxo contínuo)**

Fortaleza, v. 2, n. 1, 2022

Capa: Isaac Rocha Furtado

Revisão de Linguagem e Normalização: IETIS Órion.comSaber

Editoração Eletrônica: IETIS Órion.comSaber

Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza

Copyright © 2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

Revista Chronos Urgência [recurso eletrônico] / Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de Redes Pré-hospitalar e Hospitalar. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 – Regional Fortaleza. v. 2, n. 1 (2022) – . – Dados Eletrônicos. – Fortaleza [CE]: PMF/SMS/CoREPH/SAMUFor

Anual (fluxo contínuo)

Sistema requerido: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web - <https://chronos.samu.fortaleza.ce.gov.br/index.php/urgencia/index>

Revista Chronos Urgência (acesso em 01 de dezembro de 2022)

DOI: <https://doi.org/10.52572/revchronosurg.v2i1>

e-ISSN: 2763-5872

1. Atendimento a Desastres 2. Desastres 3. Atendimento Pré-hospitalar 4. Emergências 5. Emergências Médicas 6. Medicina de Urgência 7. Primeiros Socorros 8. Serviços de Saúde 9. Serviços Médicos de Urgência. 10. Políticas de Saúde. I. Título. II. SAMU 192 – Regional Fortaleza. III. Núcleo de Educação Permanente

CDD: 351, 353.6, 370.1, 610

CDU: 35, 37, 61

A Revista Chronos Urgência é membro associado da [Associação Brasileira de Editores Científicos do Brasil \(ABEC-Brasil\)](#), da [Crossref](#)[®] e da [Reviewer Credits](#)[®].

Indexadores

[Google Scholar](#)

[Sumários.org](#) | Sumários de Revistas Brasileiras

[LIVRE](#) | Revistas de Livre Acesso – Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações do Brasil

[I2OR](#) | International Institute of Organized Research of India

[DIADORIM](#) | Diretório de Informações da Política Editorial das Revistas Científicas Brasileiras

[LATINDEX](#) | Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas da América Latina, el Caribe, España y Portugal

[BASE](#) | Bielefeld Academic Search Engine of Germany

[DRJI](#) | Directory of Research Journals Indexing

Métricas

[Cosmos Impact factor](#)

[WorldCat.org](#)

[ScienceGate.app](#)

[Dimensions.app](#)

Este é o número primeiro do segundo ano da Revista Chronos Urgência. Com o tema "Retratos do APH no Brasil: cenário, desafios, oportunidades e inovações" nossa Revista foi concebida para oportunizar a socialização do debate e, associado à riqueza das experiências no cotidiano do trabalho, a produção de conhecimento no campo das urgências. Há muito se discute esse campo enquanto observatório privilegiado do sistema de saúde, onde as necessidades identificadas em todos os pontos da rede de atenção à saúde se expressam de modo contundente.

Muitas foram as produções e avanços nesse campo, desde o início dos movimentos de formulação de políticas e regulamentações, principalmente no Atendimento Pré-hospitalar (APH), e muitos são os desafios e inquietações que ainda existem, na perspectiva de seguir no aprofundamento e qualificação das práticas nessa área.

Incluindo no conceito de APH todos os serviços, públicos ou privados, civis ou militares, que atendem em quaisquer ambientes, seja terrestre, aquático ou aéreo, vemos que o impacto da pandemia de COVID-19 fez surgir novos cenários e desafios, criando necessidades e demandas, oportunidades e inovações, que moldaram novas práticas.

Colhemos histórias ainda não contadas, narrativas, experiências e resultados que poderão contribuir, cada vez mais, com a qualidade da atuação de profissionais e pessoas que se dedicam à vida de outras.

Em fluxo contínuo, os artigos foram publicados à medida de sua aprovação pela Equipe Editorial. Retorne para ver as novidades ou faça o seu cadastro como leitor para ser avisado de novas publicações.

Gratidão é a palavra que nos representa nesse momento!

Volume 2 – Nº 1 – 2022. e-ISSN 2763-5872

Revista Chronos Urgência
@revchronosurg

Primeiro periódico científico nacional em urgência e emergência pré, intra e pós-hospitalar, de Publicação Continuada (*rolling pass*), com artigos avaliados por membros do conselho editorial e avaliadores ad hoc. Sua divulgação é feita por meio exclusivamente digital, ofertado para acesso aberto, sem fins lucrativos, não apresentando custos para o leitor ou para a publicação dos artigos.

Coordenação Editorial:

Dra. Marisa Aparecida Amaro Malvestio (Enfermeira – EEUSP)
Me. Cláudio Roberto Freire de Azevedo (Médico – NEP SAMUFor)

Conselho Editorial:

Dra. Andrea Soares Rocha da Silva (Ciências da Computação – Fisioterapia/FAMED/UFC)
PhD Candidate Breitner Gomes Chaves (Médico - École de Santé Publique, Université de Montréal - Canadá)
Dr. Carlos Alberto Mourthé Júnior (Biólogo – UFMG)
Dr. David Szpilman (Médico – SOBRASA)
Dra. Ivana Cristina Vieira de Lima Maia (Enfermeira – UECE)
Dra. Jennara Candido do Nascimento (Enfermeira – UFC)
Dr. João Tadeu de Andrade (Antropólogo – UECE)
Dra. Julyana Gomes Freitas (Enfermeira – UNIFOR)
Dr. Marcelo Pustilnik Vieira (Pedagogo – UFSM)
Dra. Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi (Enfermeira – UNILAB)
Dr. Nelson Miguel Galindo Neto (Enfermeiro – IFPE)
Dra. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira (Enfermeira – UNILAB)
Dra. Rosane Mortari Ciconet (Enfermeira – UNISINOS)

Conselho Científico:

Avaliadores

Dra. Ana Cláudia de Souza Leite (Enfermeira - UECE)
Dra. Claudia Regina de Castro Lima (Enfermeira – NEP SAMUFor)
Dra. Fátima Regina Cecchetto (Antropóloga – ENSP/Fiocruz)
Dr. Francisco Antonio da C. Mendonça (Enfermeiro – ESTÁCIO FIC)
Dra. Francismeire B. M. Barboza (Enfermeira – ESTÁCIO FIC)
Dr. José Clerton de Oliveira Martins (Psicólogo – UNIFOR)
Dr. Marlos Alves Bezerra (Psicólogo – UFRN)
Dra. Rita Neuma Dantas C. de Abreu (Enfermeira – UNIFOR)
Dr. Rogério Pinto Giesta (Médico – UFC)
Dra. Samyla Citó Pedrosa (Enfermeira – SAMU Recife)
Dra. Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire (Enfermeira – UFC)
Me. Débora Rodrigues Guerra Probo (Enfermeira – UNIFOR)
Me. Edmilson de Almeida Barros Junior (Médico – SAMUFor)
Me. Firmina Hermelinda S Albuquerque (Enfermeira – EEM/UFAM)
Me. Gustavo Figueiredo De Martino (Médico – SAMU Campinas)
Me. Ivan de Mattos Paiva Filho (Médico – SAMU Salvador)
Me. Juliana Brito Cavalcante Assêncio (Psicóloga – UECE)
Me. Maria Solange Nogueira dos Santos (Enfermeira – UECE)
Me. Mateus Estevam Medeiros Costa (Administrador – UFRN)
Me. Paloma de Castro Brandão (Enfermeira – UFBA)
Me. Thaúsi Frota Sá Nogueira Neves (Dentista – NEP SAMUFor)
Me. Wilcilene Oliveira dos Santos (Enfermeira – NEP SAMUFor)

Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza

Contato:
Rua Padre Guerra, 1350, Parquelândia, CEP 60455-365, Fortaleza, CE, Brasil
Fone: +55 85 3452-9149
nep@samu.fortaleza.ce.gov.br
[Centro Cooperante da Rede BVS/LILACS](#)
Ringgold ID 589969

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Secretária da Saúde
Ana Estela Fernandes Leite

Secretária Adjunta
Aline Gouveia Martins

Secretário Executivo
Júlio Ramon Soares de Oliveira

Assessoria de Comunicação SMS
Ravenna de Paula

Coordenadoria da Rede Pré-hospitalar e Hospitalar
Luziete Furtado de Cruz

Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais
Anamaria Cavalcante e Silva

Gerência do SAMU 192 – Regional Fortaleza
Frederico Carlos de Souza Arnaud

Consultores ad hoc

Dra. Dalila A. Peres (Enfermeira – HUWC/UFC)
Dra. Elizabeth M Melo (Enfermeira – HSJ/SESA CE)
Dra. Isabela Melo Bonfim (Enfermeira – UNIFOR)
Dra. Ivya Maria J. Maksud (Socióloga – IFF/Fiocruz)
Dr. Josualdo J. A. Junior (Médico – NEP SAMUFor)
Dra. Simone Souza Monteiro (Psicóloga – ENSP/FIOCRUZ)
Me. Alberto Malta Junior (Farmacêutico – UNIUAZEIRO)
Me. Darrielle G A Mororó (Enfermeira – SESA-CE)
Me. Gabriel S D Soares (Médico – NEP SAMUFor)
Me. Luiz Felipe Nogueira (Médico - Universidade do Porto em Portugal)
Me. Simone Aparecida de Souza (Enfermeira)



SUMÁRIO

Revista Chronos Urgência – Rev. Chronos Urg.
e-ISSN 2763-5872

Retratos do APH no Brasil: cenário, desafios, oportunidades e inovações (Edição Temática em fluxo contínuo)

Volume 2 – Nº 1 – 2022

Editorial

Retratos do Atendimento Pré-hospitalar no Brasil: cenário, desafios, oportunidades e inovações

Cláudio Roberto Freire de Azevedo, Marisa Aparecida Amaro Malvestio

e2122.44 – p. 1-3

Artigo Original

Perfil e Sazonalidade dos Usuários Frequentes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Mahyara Pereira dos Santos, Meire Cristina Novelli e Castro, Silmara Meneguim, Priscila M. Vieira de Almeida

e2122.39 – p. 1-13

“O Cuidado na Crise”: a atuação do psicólogo hospitalar na urgência e emergência

Lívia Nádia Albuquerque dos Santos, Jurema Barros Dantas

e2122.38 – p. 1-24

Artigo de Revisão

Epidemiologia do Trauma Raquimedular nas Emergências

Marina Stancoloviche Veiga Brangioni, Maryvânsley Nunes de Sá Reis

e2122.43 – p. 1-16

Artigo de Reflexão

Reflexões sobre Liderança e Autonomia no Existir de “Instituições Vivas” nas “Redes Vivas” de Atenção à Saúde

Cláudio Roberto Freire de Azevedo, Juliana Araújo de Medeiros

e2122.40 – p. 1-20

Retratos do Atendimento Pré-hospitalar no Brasil: cenário, desafios, oportunidades e inovações



Portraits of Prehospital Care in Brazil: scenario, challenges, opportunities and innovations

Retratos de la Atención Prehospitalaria en Brasil: escenario, desafíos, oportunidades e innovaciones

 CLÁUDIO ROBERTO FREIRE DE AZEVEDO

claudio.azevedo@samu.fortaleza.ce.gov.br
Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza
Rua Padre Guerra, 1350, Parquelândia, CEP 60455-365, Fortaleza, CE, Brasil.

 MARISA APARECIDA AMARO MALVESTIO

mmalvestio@usp.br
Escola de Enfermagem - USP

Descritores: Psicologia, Emergência, Hospital, Atendimento de Urgência, Atendimento pré-hospitalar, Traumatismos da medula espinal, Dinâmica não Linear, Vida, Aprendizagem, Política Organizacional, Gestão de Serviços de Saúde.

Palavras-chave: Psicologia, Emergência, Hospital, Atendimento de Urgência, Pacientes frequentes, Superlotação, Trauma raquimedular, Pensamento Complexo, Sistemas, Redes, Vida, Regulação, Gestão de Serviços de Saúde.

Finalizamos o segundo ano da Revista Chronos, um presente para a abordagem das urgências no ambiente hospitalar e no pré-hospitalar (móvel e fixo), mas também continuando a refletir sobre a construção de redes vivas.

Seguimos cuidando, evoluindo e expandindo a medula da urgência, seu cerne, rumo à produção científica tão necessária e escassa nessa área. Hoje, comemorando 20 anos da publicação da Portaria GM/MS Nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, vemos como à frente de seu tempo ela foi concebida e como já necessita de ajustes e atualizações frente ao que já ocorre na prática nacional dos serviços de urgência nacionais, em seus diversos componentes.



Nesse número contribuições expressivas vieram de universidades e hospitais de referência nacional, explorando cenários e desafios na urgência, além de oportunidades e inovações na construção de redes mais eficientes.

O primeiro desafio abordado foi o como cuidar do sofrimento psíquico do paciente com uma demanda de ordem física e a dificuldade do paciente em organizar suas emoções e mobilizar estratégias de enfrentamento à crise. Trata-se de temática escassa na literatura e, no artigo, buscou-se compreender "como se dão as práticas psicológicas dentro da unidade de emergência" e de que forma o atendimento do profissional de psicologia, nesse contexto, poderia contribuir.

Outro artigo publicado intencionou conhecer quais são os pacientes mais frequentes atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, seu perfil e sazonalidade: "apesar de vários estudos brasileiros traçarem o perfil de pacientes atendidos pelo SAMU 192, nenhum deles mostra especificamente o perfil dos atendimentos a pacientes frequentes". O estudo busca compreender essa realidade, de forma a "melhorar a qualidade da assistência ao paciente grave".

Uma revisão integrativa da literatura sobre a epidemiologia do Trauma Raquimedular nas Urgências é tema de outro artigo, "contribuindo para o conhecimento dos profissionais de saúde". Uma importante discussão sobre a etiologia e aspectos clínicos do Trauma Raquimedular bem como sobre o perfil socioeconômico, demográfico e educacional dos pacientes acometidos.

O último artigo reflete sobre como "construir uma instituição de saúde que funcione como 'rede viva de si própria'" e como os atores que dela participam podem contribuir na evolução e sustentabilidade da mesma, aprendendo com suas próprias experiências e trabalhando como um sistema vivo.

Temos muito a observar, investigar e aprender, mas o caminho se faz ao ser caminhado e o bom de toda jornada é a experiência da viagem em si, dos espantos e aprendizados na experiência vivida. Que continuemos no propósito de experienciar, refletir, investigar e compartilhar nossas experiências.

É nessa caminhada que a Revista Chronos Urgência vem crescendo, passo a passo, com o papel de ser elemento divulgador dessa jornada do conhecimento, compartilhando evidências, práticas, reflexões, experiências e seus resultados.

**Contribuição dos autores**

Cláudio Roberto Freire de Azevedo e **Marisa Aparecida Amaro Malvestio** participaram em todas as etapas do trabalho, da redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo à aprovação de sua versão final.

Agradecimentos

Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza
Escola de Enfermagem - USP

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY-NC (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt_BR).



Descriptors: Psychology, Emergency, Hospital, Urgent Care, Prehospital Care, Spinal Cord Injuries, Nonlinear Dynamics, Life, Learning, Organizational Policy, Health Services Management.

Keywords: Psychology, Emergency, Hospital, Urgent care, Frequent patients, Overcrowding, Spinal trauma, Complex thinking, Systems, Networks, Life, Regulation, Health Services Management.

Descriptores: Psicología, Emergencia, Hospital, Atención de Urgencia, Atención Prehospitalaria, Lesiones de la Médula Espinal, Dinámica No Lineal, Vida, Aprendizaje, Política Organizacional, Gestión de Servicios de Salud.

Palabras clave: Psicología, Emergencia, Hospital, Urgencias, Pacientes frecuentes, Hacinamiento, Traumatismo espinal, Pensamiento complejo, Sistemas, Redes, Vida, Regulación, Gestión de Servicios de Salud.

Submetido em 30/11/2022.

Aprovado em 30/11/2022.

Perfil e Sazonalidade dos Usuários Frequentes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



Profile and Seasonality of Frequent Users in the Mobile Emergency Care Service (abstract: p. 13)

Perfil y Estacionalidad de los Usuarios Frecuentes en el Servicio de Atención Móvil de Urgencias (resumen: p. 13)

 MAHYARA PEREIRA DOS SANTOS

mahy_pereira@hotmail.com

Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, Campus Botucatu, São Paulo
Av. Prof. Montenegro, s/n. Distrito de Rubião Junior. Botucatu-SP. CEP: 18618-687

 MEIRE CRISTINA NOVELLI E CASTRO

novelli.castro@unesp.br

Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, Campus Botucatu, São Paulo

 SILMARA MENEGUIN

s.meneguim@unesp.br

Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, Campus Botucatu, São Paulo

 PRISCILA M. VIEIRA DE ALMEIDA

priscila.mvalmeida@gmail.com

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

Objetivo: Analisar o perfil e sazonalidade dos usuários frequentes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Metodologia:** Pesquisa descritivo-exploratória, quantitativa, realizada por meio da análise das fichas dos atendimentos realizados entre 01/06/2018 a 31/05/2019 por um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Resultados:** No período do estudo, houve 7621 atendimentos no serviço, sendo 6557 incluídos no estudo. Os usuários frequentes, aqueles atendidos mais do que uma vez pelo serviço, foram identificados em 2012 casos (30,68%). A idade média desses pacientes foi de 53,29 anos sendo a maioria do sexo feminino (55,07%). A principal demanda foi em decorrência de queixas clínicas (72,14%), seguida pelas psiquiátricas (16,94%). As queixas clínicas e as psiquiátricas foram prevalentes, respectivamente, nos períodos da manhã e da tarde ($p < 0,0001$) e no inverno e na primavera ($p = 0,0030$). O aumento da idade mostrou-se um fator de risco nas queixas clínicas ($OR = 1,040$) e protetor nas queixas psiquiátricas ($OR = 0,971$). **Conclusão:** Os atendimentos frequentes foram majoritariamente de natureza clínica e psiquiátrica. Houve relação entre período do dia nos atendimentos psiquiátricos, sendo o aumento da idade um fator protetor nestes casos, e sazonalidade com os casos clínicos, sendo o aumento da idade um fator de risco.

Descritores: Serviços Médicos de Emergência; Atendimento pré-hospitalar; Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Emergência; Pacientes frequentes; Superlotação.



Introdução

Os serviços de urgência e emergência possuem alto fluxo de pacientes e constantemente enfrentam superlotação das unidades e sobrecarga de trabalho aos profissionais. Este problema é uma realidade no Brasil e em vários países do mundo. Alguns fatores influenciam este cenário, como a agudização de doenças crônicas, a falta de adesão dos usuários aos tratamentos, o alto número de acidentes e violência urbana, além da demanda de casos de baixa complexidade que poderiam ser atendidos na Atenção Primária¹⁻³.

Grande parte do público que procura os serviços de urgência e emergência tem a percepção de que a alta densidade tecnológica, a realização de exames e a consulta médica resultarão na rápida resolução da queixa⁴. Outro fator importante é a presença de usuários frequentes que são atendidos com as mesmas queixas e muitas vezes em decorrência do não acompanhamento ou adesão do tratamento na Atenção Primária, um cenário que impacta diretamente na lotação das unidades de urgência e emergência do país⁵.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), tem como objetivo garantir a articulação dos serviços de saúde e propor a melhoria da qualidade da assistência, além de promover acesso humanizado e integral aos usuários de pacientes graves. Os componentes RUE são: promoção, prevenção e vigilância em saúde, Atenção Básica, Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas), Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas e, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)⁶.

O SAMU 192 e suas Centrais de Regulação das Urgências foram normatizados no Brasil em 2003 e hoje se constituem como uma das principais portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶. Apesar de atender as queixas de naturezas clínicas, cirúrgicas, traumáticas, psiquiátricas e gineco-obstétricas, estudos mostram que cada região do país possui uma característica diferente em relação ao perfil dos atendimentos, destacando-se as demandas clínicas⁷⁻¹¹. É importante ressaltar que o Brasil é um país com grande extensão territorial e com diversos tipos de clima, que podem estar relacionados à diferença no perfil de atendimentos de cada região, uma vez que o clima tem um impacto na incidência de doenças, como por exemplo, às respiratórias¹².

Apesar de vários estudos brasileiros traçarem o perfil dos pacientes atendidos pelo SAMU 192, nenhum deles mostra especificamente o perfil dos atendimentos a pacientes frequentes.



Considerando o cenário atual das urgências no país, é importante entender esta demanda a fim de melhorar a qualidade da assistência ao paciente grave, com foco não apenas no atendimento emergencial, mas também na prevenção e orientação da população fortalecendo então a RUE. Com isso, o objetivo deste estudo é analisar o perfil dos usuários frequentes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem quantitativa, realizada por meio da análise das fichas de atendimentos de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 no interior de São Paulo. As informações das fichas de atendimento são armazenadas diariamente em um banco de dados institucional que tem como finalidade analisar o perfil dos atendimentos realizados.

No período de junho de 2018 a 31 de maio de 2019, o serviço realizou 7621 atendimentos¹³, dos quais 6557 (86,03%) pacientes foram incluídos para análise de usuários frequentes. Considerou-se como critério de exclusão: fichas incompletas em que não era possível identificar o nome e idade do paciente e as fichas de saídas de ambulâncias em que o paciente havia sido socorrido por terceiros ou evadido do local e que não foi possível coletar o nome e idade. Consideraram-se casos frequentes aqueles pacientes que tiveram mais do que um atendimento realizado no período de coleta do estudo, sendo o mesmo identificado pelo nome e idade.

As variáveis incluídas foram idade (anos); sexo (masculino e feminino); origem do atendimento (domicílio em zona urbana e rural, via pública, escola, rodovia, trabalho, unidade de saúde não hospitalar, unidade de saúde hospitalar), viatura de atendimento (Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de Vida), queixa principal (motivos pelo qual o paciente solicitou o atendimento), mês e período do dia do atendimento, o desfecho do atendimento (encaminhamento ao hospital, liberação após atendimento da equipe, recusou o transporte, constatação de óbito na chegada da equipe, redirecionamento das ambulâncias, recusou atendimento da equipe, socorrido por terceiros, óbito no atendimento, trote), e sazonalidade.

A sazonalidade foi verificada de acordo com as estações do ano, considerando atendimentos realizados de 22 de dezembro a 20 de março como verão, entre 20 de março e 21 de junho como



outono, de 21 de junho a 23 de setembro como inverno e 22 de setembro a 22 de dezembro como primavera. Já o período do dia foi categorizado em madrugada (24h às 06h), manhã (06h às 12h), tarde (12h às 18h) e noite (18h às 24h).

As variáveis sazonalidade e idade foram relacionadas com os casos frequentes em relação ao tipo de natureza da ocorrência, visando entender se estas variáveis possuem alguma associação com os tipos específicos de atendimento (clínicos, traumáticos, gineco-obstétricos e psiquiátricos).

Os dados foram eletronicamente compilados em uma planilha de dados no Microsoft Office Excel® 2010 pelos próprios pesquisadores. A análise estatística incluiu frequências e porcentagens para as variáveis qualitativas e, média, mediana, desvio padrão para as variáveis quantitativas, além dos valores de mínimo e máximo. Para verificar a associação entre a variável resposta e as variáveis explanatórias foi realizado o teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher quando necessário. Já para verificar se a sazonalidade e a idade foram fatores associados aos casos frequentes de acordo com a natureza do atendimento, foi realizado o teste de Regressão Logística Simples. Considerou-se $p < 0,05$ como nível de significância. O programa utilizado para realizar as análises foi o programa SAS versão 9.4.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em cumprimento às Resoluções 466/2012 ou 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Foram identificados 2012 (30,68%) usuários frequentes, do total de fichas incluídas na pesquisa. A média de atendimentos por paciente variou de 2 a 21 com mediana de 2,84 (DP \pm 1,81). Quanto ao sexo, houve predominância de pacientes femininos, 1106 (55,24%) pacientes. A idade variou entre zero e 108 anos com média de 53,29 anos (DP \pm 24,57) e mediana de 54,00 anos.

A tabela 1 mostra as características dos atendimentos. Pode-se observar que a maioria dos atendimentos foi realizada no domicílio e o principal desfecho foi o encaminhamento dos pacientes para o hospital.

**Tabela 1.** Descrição das características dos atendimentos realizados pelo SAMU 192. Brasil, 2021.

Variável	N	%
Origem		
Domicílio	1570	80,26
Via pública	246	12,58
Unidade de saúde não hospitalar	73	3,73
Trabalho	25	1,28
Unidade de saúde hospitalar	25	1,28
Escola	11	0,56
Rodovia	06	0,31
Natureza da ocorrência		
Clínica	1473	72,14
Psiquiátrica	346	16,94
Gineco-obstétrica	135	6,61
Traumática	87	4,26
Cirúrgica	01	0,05
Desfecho		
Encaminhamento ao hospital	1676	82,23
Liberação após atendimento da equipe	175	8,59
Recusou o transporte	103	5,05
Constatação de óbito na chegada da equipe	32	1,57
Redirecionamento das ambulâncias	23	1,13
Recusou atendimento da equipe	18	0,88
Socorrido por terceiros	06	0,30
Óbito no atendimento	05	0,25
Encaminhamento		
Pronto-socorro referenciado (Terciário)	781	46,76
Pronto-socorro adulto	724	43,13
Maternidade	139	8,27
Pronto-socorro infantil	31	1,84

n = número absoluto / % = porcentagem

Ao analisar as queixas destes usuários, verificou-se que eram predominantemente de natureza clínica, sendo a dispneia a mais frequente, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Queixas referidas pelos usuários atendidos pelo SAMU 192. Brasil, 2021.

Queixas	N	%
Dispneia	319	15,62
Mal-estar geral	290	14,20
Dor	216	10,58
Convulsão	174	8,52
Agitação	118	5,78
Dor torácica	118	5,78
Diminuição do nível de consciência	89	4,36
Tentativa de suicídio	84	4,11
Síncope	68	3,35
Trabalho de parto	68	3,35
Intoxicação exógena	65	3,18
Hipoglicemia	56	2,75
Queda	53	2,6
Surto psicótico	52	2,55
Sangramento	41	2,00
Agressão	35	1,70
Êmese	33	1,62
Crise de ansiedade	33	1,62



Parada cardiorrespiratória (PCR)	26	1,27
Suspeita de AVC	26	1,27
Ideação suicida	22	1,00
Irresponsividade	18	0,89
Cefaleia	14	0,70
Febre	09	0,45
Ferimento contuso	08	0,40
Acidente de moto	07	0,35

n = número absoluto / % = porcentagem

Nota-se que as queixas clínicas e as psiquiátricas foram prevalentes nos períodos da manhã e da tarde, respectivamente. Em relação à sazonalidade, as queixas clínicas foram prevalentes no inverno e as psiquiátricas na primavera, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Relação entre natureza clínica e psiquiátrica com o período do dia e sazonalidade. Brasil. 2021.

Variável	Emergências Psiquiátricas			Emergências Clínicas		
	N	%	P	N	%	p
Período do dia						
Madrugada	38	11,20		229	15,80	
Manhã	70	20,40	< 0,0001	486	33,50	< 0,0001
Tarde	129	37,60		405	27,90	
Noite	106	30,80		328	22,80	
Sazonalidade						
Verão	73	21,20		357	24,60	
Primavera	100	29,30	0,0161	340	23,40	0,0030
Outono	95	27,70		335	23,10	
Inverno	75	21,80		416	28,90	

n = número absoluto / % = porcentagem / p = valor de p

Observou-se que o aumento da idade é um fator de risco para as emergências clínicas, *Odds ratio* = 1,040 ($p < 0,0001$), porém um fator protetor para as emergências psiquiátricas, *Odds ratio* = 0,971 ($p = 0,1290$).

Discussão

Este estudo analisou os atendimentos de pacientes frequentes em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de uma região do interior paulista e mostrou uma taxa de atendimentos frequentes de 26,40% no período de um ano. Os atendimentos foram prevalentemente de demandas clínicas, sendo o domicílio o principal local de atendimento e o encaminhamento ao hospital o principal desfecho. Houve relação entre as demandas clínicas e o período do inverno. Além disso, o aumento da idade mostrou-se como fator de risco para os casos frequentes de natureza clínica e fator protetor para os de natureza psiquiátrica.



Nos últimos anos, as políticas de saúde brasileiras estão voltadas à assistência baseada nas Redes de Atenção à Saúde, que são políticas voltadas para uma nova forma de organização das ações de Saúde no SUS, que vinha se mostrando um sistema fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Os indivíduos inseridos nas ações de saúde, norteadas pela Atenção Primária tendem a ter melhores comportamentos de prevenção e promoção à saúde, o que impacta diretamente nas condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Entretanto, quando há um sistema de saúde fragmentado, há também um desequilíbrio entre os pontos de atenção, sobrecarregando então os serviços de urgência e emergência, uma vez que se constituem como locais de rápida resolução das agudizações³.

A elevada frequência de atendimentos em decorrência de condições agudas e das agudizações das condições crônicas nas unidades de urgência e emergência estão comumente ligadas às doenças crônicas preexistentes que são agudizadas por fatores como a falta de acompanhamento de uma equipe de saúde e falta de adesão do paciente ao tratamento proposto. Essa falta de adesão pode ocorrer por diversos motivos que podem ser relacionados à rotina de trabalho, problemas financeiros, entre outros^{3,14,15}.

Este estudo evidenciou a predominância das emergências de natureza clínica e psiquiátricas, o que reflete o impacto da fragmentação do SUS e conseqüente falta de adesão da população às ações de prevenção e promoção à saúde. Todavia, trata-se de um resultado esperado já que corrobora com o cenário de internações e óbitos no país¹⁶. Ao analisar os dados deste estudo, notou-se que entre as queixas frequentes dos usuários estão dispneia, mal-estar geral e dor, que são sintomas que podem estar relacionados às doenças cardiovasculares agudizadas como a insuficiência cardíaca e isquemia do miocárdio¹⁷.

É importante ressaltar que o perfil dos atendimentos aos pacientes frequentes difere do perfil geral dos atendimentos. Enquanto os dados gerais trazem os maiores números de atendimentos clínicos seguidos dos casos traumáticos, os dados dos pacientes frequentes são constituídos pelos casos clínicos e psiquiátricos, ressaltando o impacto da organização em saúde mental para acompanhamento e acolhimento destes pacientes, além das já conhecidas agudizações das queixas clínicas.



Ao analisar os dados de estudos realizados em serviços semelhantes de diversas regiões do país, nota-se que, apesar das diferenças nas características populacionais e sociais, há um padrão no perfil de atendimentos em que prevalecem as queixas clínicas como as mais prevalentes, variando entre 41,60% e 58,90%⁷⁻¹¹.

Entretanto, nos últimos anos as emergências psiquiátricas têm se tornado um grande problema de saúde pública no mundo todo. Apesar de não se constituir como as principais causas de morbimortalidade da população brasileira, suas agudizações e atendimentos recorrentes mostram o impacto na organização das redes de Atenção à Saúde, em todos os níveis assistenciais¹⁸. Nos últimos anos, a Reforma Psiquiátrica no Brasil transformou o modelo hospitalocêntrico para um modelo no qual o paciente é inserido na sociedade. Essa mudança gerou um aumento da demanda de cuidados para a família, que muitas vezes não possui treinamento e estrutura adequados. Isso faz com que as agudizações destas doenças sejam enfrentadas como um problema para a sociedade que transfere o cuidado para as equipes especializadas de urgência e emergência, como o SAMU 192¹⁹.

Notou-se que a demanda psiquiátrica se manifestou mais na primavera, diferentemente do resultado encontrado no estudo realizado por D’Incao (2015)²⁰, que mostrou a maior incidência de casos no outono. Não houve uma relação estatística significativa entre os dados, entretanto há poucos estudos sobre o tema, o que torna relevantes a realização de futuras pesquisas para entender melhor este cenário. Já as demandas clínicas apresentaram relação significativa com inverno e o período da manhã, um dado também esperado uma vez que a principal queixa foi à dispneia, uma condição que é agravada nesta época do ano^{21,22}.

Os resultados também mostram que o aumento da idade é um fator de risco para o atendimento frequente de pacientes acometidos por agravos clínicos, porém torna-se um fator protetor para os atendimentos frequentes relacionados às emergências psiquiátricas. Em relação às demandas clínicas trata-se de um resultado esperado uma vez que com o aumento da expectativa de vida, é comum que na população idosa existam doenças crônicas que muitas vezes apresentam agudizações e a consequente utilização de serviços de emergência. A resolução dessa problemática não é simples, pois são necessárias melhorias na assistência de saúde visando à identificação dos fatores que podem causar essas agudizações, para então elaborar políticas de saúde voltadas



a esta população⁷. Já em relação às queixas psiquiátricas, os dados da Organização Pan-Americana de Saúde mostram a ocorrência de demandas psiquiátricas, principalmente associadas às tentativas de suicídio, em jovens com idade entre 15 e 29 anos no Brasil. Ao analisar especificamente os casos de suicídio, estes constituem-se como a segunda causa nesta população²³.

Os dados deste estudo também mostraram que quase metade dos pacientes frequentemente atendidos pelo SAMU 192 foi encaminhada para atendimento em um pronto socorro referenciado de um hospital terciário da região. O tipo de hospital para qual o paciente é encaminhado durante atendimento do SAMU 192 pode demonstrar a criticidade de sua saúde, uma vez que este serviço deve encaminhar os pacientes de acordo com o nível de complexidade do caso. Os prontos socorros gerais, muitas vezes referenciados, devem acolher os casos de maior complexidade, enquanto as unidades de pronto atendimento à demanda de menor gravidade⁶.

Os resultados do estudo refletem o cenário alarmante de sobrecarga dos hospitais que atendem situações de urgência e emergência em todo país. A superlotação de prontos socorros é um fenômeno mundial. A alta procura por estes serviços traz prejuízos para o sistema de saúde, elevando a carga de trabalho dos profissionais, acarretando piora na qualidade da assistência e redução de recursos disponíveis para a equipe e população²⁴.

O SAMU 192, assim como o pronto socorro, constitui-se como uma porta de entrada da RUE e também sofre com a alta demanda de pacientes que muitas vezes não compreendem o papel deste serviço. Há na população a percepção de que as ambulâncias são apenas um meio de transporte para o hospital além de agilizar o atendimento ou então, de que sua função seria a resolutividade do caso no domicílio perante a disponibilidade de um médico e fármacos, não compreendendo o papel do SAMU 192 como articulador da RUE. Esse cenário, juntamente com a divergência de critérios de prioridade propostos pela regulação médica devido à inexistência de protocolos nacionais de regulação das urgências, constitui um entrave para os atendimentos de demandas não pertinentes, o que gera uma sobrecarga de trabalho²⁵.

Outro ponto importante a ser considerado é que muitas regiões do Brasil não possuem uma ampla cobertura de atendimentos do SAMU 192, o que agrava, ainda mais, o acesso universal, equânime e igualitário à população. Estudo recente mostrou que 67,3% dos municípios do país possuem cobertura do serviço e que a maioria da assistência, 83,0%, é realizada pela equipe de



Suporte Básico de Vida²⁶. Esse cenário reforça a necessidade de uma assistência em saúde resolutiva a fim de diminuir as condições agudas e melhorar a oferta de serviços de urgência e emergência à população.

É importante que os gestores realizem a divulgação das funções dos serviços de saúde e do fluxo assistencial pactuado na região para toda a população. A partir do esclarecimento e conhecimento das reais finalidades de cada serviço, é possível diminuir os números de demanda não pertinente e de atendimentos frequentes nas unidades de urgência e emergência. Outro ponto fundamental é a disseminação de conhecimentos de primeiros socorros, uma vez que entender a gravidade de cada condição pode também reduzir a demanda não pertinente, e consequentemente proporcionar a resolução dos casos de acordo com o nível de complexidade.

Conclusão

Os atendimentos frequentes foram majoritariamente de natureza clínica, seguido pela psiquiátrica, sendo a dispneia a principal queixa atendida. O domicílio foi o principal local de atendimento e o principal desfecho foi o encaminhamento ao hospital. O período do dia e a sazonalidade tiveram influência nos atendimentos e a idade mostrou-se como um fator de risco para os atendimentos frequentes de natureza clínica, porém um fator protetor para a psiquiátrica.

Este estudo mostra o impacto dos atendimentos à pacientes frequentes e identifica a dificuldade na resolutividade dos atendimentos da Rede de Urgência e Emergência uma vez que mostrou alta demanda de usuários frequentes atendidos pelo SAMU 192. Neste sentido, há a necessidade de organização gerencial e assistencial para o acolhimento e resolutividade adequados. Além disso, as ações de prevenção e promoção à saúde devem ser incentivadas pelos profissionais em todos os níveis assistenciais, visando à adesão do paciente ao tratamento. Também não há como negar que este cenário gera sobrecarga nos serviços de saúde, impactando diretamente os profissionais.

**Contribuição dos autores**

Mahyara Pereira dos Santos e Priscila M. Vieira de Almeida participaram na concepção e delineamento do trabalho, na obtenção, análise e interpretação dos dados; na discussão dos resultados, na redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo e na aprovação da versão final do manuscrito. **Meire Cristina Novelli e Castro e Silmara Meneguim** participaram na redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo e na aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, Campus Botucatu, São Paulo

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY-NC (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt_BR).

**Referências**

1. Anziliero F, Dal Soler BE, Silva BA da, Tanccini T, Beghetto MG. Manchester System: time spent on risk classification and priority of care at an emergency medical service. *Rev Gauch Enferm* [Internet]. 2017;37(4):e64753. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>
2. Oliveira GS, Jesus RM, de Lima DM, Mendonça IO RH. Superlotação das urgência e estratégia de gestão de crise: uma revisão de literatura. *Cad Grad -Ciências Biológicas e Saúde* [Internet]. 2017;4(2):115–26. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/4596/2498>
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Vol. 15, *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010. 2297–2305 p. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt
4. Gomide MFS, Pinto IC, Gomide DMP, Zacharias FCM. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Med (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2012;45(1):31–8. Available from: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v45i1p31-38>
5. Acosta AM, Pelegrini AHW, Lima MAD da S. Percepção dos profissionais de saúde sobre os usuários frequentes dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. *Enferm em Foco* [Internet]. 2011;2(2):141–4. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n2.114>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Ministério da Saúde (BR), editor. Brasília; 2013. 84 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf
7. Andrade Lefundes GA, Gonçalves NO, Nery AA, Alves Vilela AB, Martins Filho IE. Caracterização das ocorrências do Serviço De Atendimento Móvel de Urgência. *Rev Baiana Enfermagem* [Internet]. 2016;30(3):1–10. Available from: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i3.16387>
8. Pitteri JSM, Monteiro PS. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Palmas-Tocantins, Brasil, em 2009. *Com Ciências Saúde* [Internet]. 2010;21(3):227–36. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/caracterizacao_servico_atendimento_movel.pdf
9. Tibães HBB, Martins DDS, Alves M, Penna CMDM, Brito MJM. Service Profile of the Mobile Emergency Care Service in The North of Minas Gerais State / Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2018;10(3):675. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.675-682>
10. Almeida PMV de, Dell'Acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMCM, Palhares V de C, Pavelqueires S. Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care network. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2016;20(2):289–95. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160039>
11. Marques GQ, Da Silva Lima MAD, Ciconet RM. Agravos clínicos atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS. *ACTA Paul Enferm* [Internet]. 2011;24(2):185–91. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000200005>



12. Leli IT, Stevaux JC, Bustus KC, Santos DA dos. Variação Sazonal e os Efeitos na Saúde Humana em Maringá, PR. *Perspect Geográfica* [Internet]. 2017;12(16):14–21. Available from: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/pgeografica/article/view/17327>
13. DATASUS. Produção ambulatorial do SUS - São Paulo - por local de atendimento [Internet]. [cited 2020 Jul 15]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qaSP.def>
14. Teston EF, Silva JP da, Garanhan ML, Marcon SS. Early hospital readmission in the perspective of chronically ill patients. *Rev da Rede Enferm do Nord* [Internet]. 2016;17(3):330. Available from: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300005>
15. Acosta AM, Lima MAD da S. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2013;15(2):564–73. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.17526>
16. Data OWI. What do people die from? [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 22]. Available from: <https://ourworldindata.org/what-does-the-world-die-from>
17. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* [Internet]. 2022 Apr; Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001062>
18. Marinho F, Passos VM de A, França EB. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras* [Internet]. 2016;25(4):713–24. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400005>
19. Paulo Henrique Dias Quinderé, Maria Salete Bessa Jorge TBF. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2014;24(1):253–71. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>
20. Incao DBD, Bento HM, Li G. Investigating the association between depressive symptoms and complaints in different seasons. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2015;152–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/896>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas [Internet]. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2010. 160 p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf
22. Dias CS, Mingoti SA, Ceolin APR, Dias MA de S, Friche AA de L, Caiaffa WT. Influência do clima nas hospitalizações por asma em crianças e adolescentes residentes em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 May;25(5):1979–90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501979&tlng=pt
23. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Folha informativa sobre suicídio [Internet]. Genebra: OMS. 2018. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio>
24. Matoszko AP, Martins AL, Benedito D de AR, Lima MaCF, Rodrigues TS. Caracterização da demanda do pronto socorro adulto do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi. *Rev eletrônica do CESVA* [Internet]. 2019;12(1):79–88. Available from: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/727>
25. Veronese AM, Oliveira DLLC de, Nast K. Risco de vida e natureza do SAMU: demanda não pertinente e implicações para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012;33(4):142–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400018>
26. Malvéstio MAA, Souza RMC de. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: Análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2022; Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desigualdade-na-atencao-prehospitalar-no-brasil-analise-da-eficiencia-e-suficiencia-da-cobertura-do-samu-192/18268?id=18268>



ABSTRACT

Objective: To analyze the profile and seasonality of frequent users of the Prehospital Emergency Care Service. **Methodology:** Descriptive-exploratory, quantitative research, carried out through the analysis of the records of the treatments carried out between 06/01/2018 to 05/31/2019 by a Prehospital Emergency Care. **Results:** During the study period, there were 7621 treatments in the service, and 6557 were included in the study. Frequent users, those attended more than once by the service, were identified in 2012 cases (30.68%). The mean age of these patients was 53.29 years and the majority were female (55.07%). The main demand was due to clinical complaints (72.14%), followed by psychiatric complaints (16.94%). Clinical and psychiatric complaints were prevalent, respectively, in the morning and afternoon ($p < 0.0001$) and in winter and spring ($p = 0.0030$). Increasing age was shown to be a risk factor for clinical complaints ($OR = 1.040$) and a protective factor for psychiatric complaints ($OR = 0.971$). **Conclusion:** The frequent visits were mostly of a clinical and psychiatric nature. There was a relationship between time of day in psychiatric consultations, with increasing age being a protective factor in these cases, and seasonality with clinical cases, with increasing age being a risk factor.

Descriptors: Emergency Medical Services; Health Services Needs and Demand; Delivery of Health Care.

Keywords: Emergency; Frequent patients; Overcrowding.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil y estacionalidad de los usuarios frecuentes del Servicio de Atención Prehospitalaria de Urgencias. **Metodología:** Investigación descriptiva-exploratoria, cuantitativa, realizada a través del análisis de los registros de las consultas realizadas entre el 01/06/2018 y el 31/05/2019 por un Servicio Móvil de Atención de Emergencia. **Resultados:** Hubo 7621 asistencias al servicio, de las cuales 6557 fueron incluidas en el estudio. Se identificaron usuarios frecuentes, los atendidos más de una vez por el servicio, en los casos de 2012 (30,68%). La edad media de estos pacientes fue de 53,29 años y la mayoría eran mujeres (55,07%). La principal demanda se debió a quejas clínicas (72,14%), seguida de las psiquiátricas (16,94%). Las quejas clínicas y psiquiátricas fueron predominantes en la mañana y la tarde ($p < 0,0001$) y en invierno y primavera ($p = 0,0030$). El aumento de la edad se mostró como un factor de riesgo para las quejas clínicas ($OR = 1,040$) y protector para las quejas psiquiátricas ($OR = 0,971$). **Conclusión:** Las visitas frecuentes eran en su mayoría de carácter clínico y psiquiátrico. Existía una relación entre la hora del día en las asistencias psiquiátricas y la estacionalidad con los casos clínicos, siendo el aumento de la edad un factor protector y de riesgo respectivamente.

Descriptores: Servicios Médicos de Urgencia; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud, Atención a la Salud.

Palabras clave: Emergencia; Pacientes frecuentes; Superlotación.

Submetido em 29/04/2022.

Aprovado em 14/08/2022.

“O Cuidado na Crise”: a atuação do psicólogo hospitalar na urgência e emergência



“Care in crisis”: the role of the hospital psychologist in urgency and emergency (abstract: p. 24)

“Atención en crisis”: el papel del psicólogo hospitalario en urgencias y emergencias (resumen: p. 24)

 LÍVIA NÁDIA ALBUQUERQUE DOS SANTOS

livianadia99@gmail.com

Universidade Federal do Ceará

Rua Barão de Aracati, n 2499. Bairro: Joaquim Távora. Fortaleza - CE. CEP: 60115082.

 JUREMA BARROS DANTAS

juremabdantas@gmail.com

Universidade Federal do Ceará

Av. da Universidade, n 2853. Bairro: Benfica. Fortaleza - CE. CEP: 60020181.

Objetivo: O presente estudo visa compreender de que forma o atendimento psicológico no momento da crise pode contribuir para a construção de uma vivência subjetiva mais humanizada e confortável ao paciente. **Metodologia:** O estudo se configurou como exploratório e descritivo, com base qualitativa a partir do método fenomenológico de investigação. Por meio da análise dos discursos de profissionais, pretende-se elucidar as potencialidades de ações existentes nessas circunstâncias, bem como identificar dificuldades associadas ao campo. Dessa forma, a pesquisa organizou-se em duas etapas: a primeira, com entrevistas aos profissionais que atuam no contexto da pesquisa, e a segunda com a análise de dados e produção do artigo científico, no qual se apresentaram os resultados e discussões. **Resultados:** evidenciou-se a relevância e os desafios dessa prática, corroborando para que o trabalho psicológico na unidade se mostre cada vez mais consolidado. **Considerações finais:** A unidade de urgência e emergência médica tem seu cuidado potencializado com a presença do psicólogo. Para isso, busca-se a ampliação de estudos hodiernos nessa temática a fim de colaborar com a formação de futuros profissionais da área.

Descritores: Psicologia; Atendimento de urgência; Emergências; Hospitais.

Palavras-chave: Psicologia; Atendimento de urgência; Emergência; Hospital.



Introdução

A psicologia, ao adentrar o hospital, se deparou com diferentes questões relacionadas ao mundo vivencial do paciente, não só de ordem psicológica, como antes vista na clínica, mas de ordem social, espiritual e, principalmente, física. Por causa disso, voltou seus olhares para o modo como aquele indivíduo se relaciona com o adoecimento físico e como as outras dimensões afetam o curso dessa experiência. Nessa ótica, o adoecimento vem carregado de questionamentos, dúvidas, indagações e frustrações, haja vista não estarmos preparados o suficiente para lidar com a fragilidade.

Em vista disso, a unidade de urgência e emergência dentro da conjuntura hospitalar é um ambiente, na maioria das vezes, desestabilizador para a pessoa que chega ao serviço com uma demanda de ordem física. Adentrar em uma situação emergencial evoca muitos sentimentos, tais como medo, ansiedade, preocupação, irritabilidade, entre vários outros que podem na experiência singular de cada um. Tal demanda surge como uma interrupção na rotina do indivíduo, deslocando-o de tudo aquilo que lhe é rotineiro e familiar, assim como convocando que o mesmo elabore a situação a partir dos recursos emocionais que possui.

Sob essas condições, é comum que o sujeito tenha dificuldade de organizar suas estratégias de enfrentamento e os recursos emocionais que têm naquele momento de maior vulnerabilidade, visto que é um ambiente inóspito e, por vezes, assustador. As condições clínicas do paciente não estão apartadas de suas condições emocionais e de toda experiência de possível dor que a situação que se apresenta lhe revela. Trata-se, assim, de pensar o quanto a atuação do psicólogo dentro dessa unidade de urgência e emergência pode possibilitar um espaço de acolhimento e intervenção voltados ao reconhecimento das necessidades do paciente e, por consequência, a oferta de uma prática de cuidado para além da dimensão biológica.

Nesse estudo, evidenciou-se, a escassez de discussões atuais sobre a temática, além da necessidade urgente de embasar a prática psicológica nesse contexto permeado pela dor e pelo sofrimento humano. Enquanto o profissional de saúde em geral é formado para lidar com a doença em si, a psicologia volta-se para todas as perspectivas relacionadas ao adoecimento e como esse adoecimento atravessa a experiência daquele indivíduo. Dessa forma, busca compreender como se dão as práticas psicológicas dentro da unidade de urgência e emergência médica de uma instituição hospitalar privada localizada na cidade de Fortaleza, discutindo as possibilidades de ações nesse campo. Ademais,



pretende compreender de que forma o atendimento psicológico pode contribuir com a construção de uma vivência subjetiva mais confortável e humanizada ao paciente.

Para tal apreensão, o atual trabalho, por meio de um estudo exploratório descritivo de base qualitativa, utilizou-se de: 1) uma revisão bibliográfica com discussões atuais sobre o assunto; e 2) entrevistas com profissionais atuantes na área para analisar as potencialidades e desafios relacionados à prática. Com isso, espera-se que a prática psicológica nessa unidade se torne cada vez mais consolidada, favorecendo a formação de futuros profissionais interessados, mas também que corroborem com os processos de acolhimento de cuidado integral.

A psicologia dentro do hospital: percurso histórico e desdobramentos atuais

A inserção da psicologia no hospital data-se antes mesmo da regulamentação da profissão pelo Conselho Federal de Psicologia no ano de 1962, tendo em vista que Matilde Néder já alçava grandes voos para prática psicológica no hospital desde os anos 1950. A psicóloga, então, atuava no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (HC-FMUSP) com o acolhimento psicológico a crianças no pré e pós-operatório da ortopedia e traumatologia a partir do ano de 1954¹. Em 1956, na mesma instituição, Aydil Pérez-Ramos realizava psicodiagnóstico e intervenção psicológica hospitalar com crianças hospitalizadas e seus familiares. Em 1974, o referido hospital possibilitou a inserção de psicólogos em diferentes institutos e especialidades, viabilizando a contratação desses profissionais e a inclusão desses nas equipes multiprofissionais. Na década de 1970, os estudos para a atuação do psicólogo no hospital geral se intensificaram e a professora Dra. Thereza Mettel organizou inúmeras pesquisas que retrataram a importância da adoção de políticas de humanização nesse campo a fim de aprimorar essa atuação, bem como a necessidade de treinamentos para os psicólogos interessados que, anos mais tarde, denominaram-se os Programas de Residência Multiprofissional. Em 1977, originou-se o primeiro curso de psicologia hospitalar na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, ministrado por Bellkiss Romano. Por fim, como mais um episódio relevante nesse percurso, tem-se a criação da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar em 1997, que passou a organizar estudos e encontros científicos para integração dos interessados nesse âmbito².

A partir desses acontecimentos, o número de psicólogos nos hospitais cresceu gradativamente e tal prática se desenvolveu ao ponto de ser reconhecida e regulamentada como uma das especialidades da psicologia, em 2001, pelo Conselho Federal de Psicologia, antes mesmo da psicologia da saúde — área maior cuja hospitalar está inclusa — alcançar esse ganho³. Surpreendentemente, nos dias



hodiernos, a referida especialidade ganha cada vez mais protagonismo e relevância dentro da equipe de cuidados à saúde.

Tecendo sobre o contexto hospitalar e a práxis psicológica, pode-se pensar nas inúmeras possibilidades de atuação desenvolvidas em uma conjuntura que reverbera, por si só, diversas demandas de diferentes dimensões. O psicólogo hospitalar compõe uma equipe multiprofissional, que lida com o funcionamento biológico, mas também, e não menos importante, com questões emocionais. Tais questões trazem à tona o não controle sobre a vida, a impossibilidade de planejar perfeitamente o rumo dela e a fragilidade inerente ao ser humano. Nesse sentido, segundo retratam Leite, Yoshii e Langaro⁴, "o sofrimento advindo do adoecer lembra o indivíduo de sua impotência diante do inesperado, coloca-o diante de algo que o desestabiliza e ao mesmo tempo está aparentemente fora de seu alcance modificar"⁴ (p. 147).

Angerami-Camon⁵ expressa que o adoecimento traz um confronto entre o sofrimento que vivencia e a idealização sobre a condição de plenitude existencial, o que, na maioria das vezes, não oferece lugar para a possibilidade de adoecer. Para o mesmo autor, acontece como se o paciente perdesse o seu sentido e o significado existencial. Tal condição traz consigo o processo de reflexão da própria vida.

Nessa conjuntura, as experiências individuais se diferem muito a depender do que o sujeito carrega de bagagem, como exemplo: o histórico de internações hospitalares, a vivência de outros momentos de crise, o suporte familiar fortalecido ou não, os recursos emocionais que possui e a capacidade adaptativa. De acordo com Chiatton⁶, a resolução da situação de crise perpassa os seguintes fatores: traços de personalidade, atitudes da pessoa frente à vida, a maturidade interna e o grau de integração psíquica, as crenças relacionadas à doença, reações as crises passadas e perdas significativas, os sinais psicológicos ou físicos de depressão, a presença de reações ou sinais paranoides. Desse modo, o adoecimento, ainda que possa se repetir nos diferentes públicos, apresenta particularidades próprias de cada um e torna a sua vivência totalmente individual. Em virtude disso, Simonetti⁷ ao tecer um livro sobre a psicologia hospitalar e o seu foco de trabalho, propõe que:

"O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um 'real', de natureza patológica, denominado 'doença', presente em seu próprio



corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família, ou na equipe de profissionais"⁷ (p. 15).

Sob esse cenário, Holanda e Sampaio⁸ relatam que a psicologia hospitalar dá importância ao que é psíquico, sem negar sua realidade orgânica, mas posicionando a pessoa diante do seu adoecimento para, a partir disso, trabalhar estratégias de enfrentamento. Desse modo, é válido salientar que o psicólogo hospitalar vai trabalhar com as dores emocionais, com o que escapa de subjetividade naquele organismo, enfatizando a parte psíquica, mas também sempre perguntando qual a reação psicológica diante dessa realidade orgânica e qual a posição do indivíduo diante do real de doença, para que, tendo isso em vista, faça seu material de trabalho⁷.

Para Angerami-Camon⁹, a hospitalização acarreta um processo de total despersonalização, pois o paciente deixa de ter seu próprio nome e passa a ser um número de leito ou portador de determinada patologia. Na visão do autor, se a presença do psicólogo não se efetivar com cuidado e respeito à própria deliberação do paciente, pode tornar-se um dos estímulos aversivos e invasivos existentes no âmbito hospitalar. Dessa forma, é importante que o profissional de psicologia reconheça suas limitações de atuação e tenha como foco a dignidade do paciente, esta que se encontra posta em xeque no momento.

Mosimann e Lustosa¹⁰ ao contraporem os enfoques da medicina e a psicologia hospitalar, referem sobre a dimensão subjetiva de mensagem que vem associada junto ao sintoma que se expressa, ao passo que o psicólogo se interessa por essa mensagem e, por causa disso, atua com a escuta e compreensão do que esse sintoma tem a falar, fazendo com que todos o entendam também. Assim, a psicologia viabiliza uma visão de mundo em que a humanização dos relacionamentos é ilustrada não só como possível, mas efetivamente real⁵.

Em concordância, é estando em um ambiente de atenção à saúde, que o psicólogo pode unir forças com os outros profissionais, para que assim, atue de modo interdisciplinar alcançando um trabalho ainda mais potente e significativo para o sujeito, valorizando as diferentes dimensões de um sofrimento que é presente. Como falado anteriormente, o profissional de psicologia vai abordar o que escapa a outras atuações, porque, assim como afirmam Luz *et al.*¹¹, devido à sobrecarga de trabalho, deixam de compreender o sujeito como um ser de autonomia e direitos. Em conformidade, Fossi e Guareschi¹² ressaltam que a integração da equipe é fundamental para que o cuidado e o atendimento



alcancem a amplitude total do ser humano, levando em consideração as distintas necessidades existentes naquela pessoa e transcendendo a noção de saúde como apenas a ausência de enfermidade.

Outrossim, a psicologia se disponibiliza a acolher a dor dos diferentes atores que sofrem — seja o paciente, seja o médico pela falta de comunicação efetiva com o paciente, seja a equipe como um todo⁵. Para Xavier, Reis e Frassão¹³, o trabalho do psicólogo, além de possibilitar melhor comunicação entre os profissionais e entre os profissionais com os pacientes, deve ser capaz de proporcionar aos colegas de equipe o suporte necessário para o bom desenvolvimento das relações interpessoais. Essa comunicação se faz imprescindível, principalmente, diante de uma situação emergencial, em virtude da urgência que não somente é física, mas também psicológica. A partir de um trabalho interdisciplinar, de modo verdadeiramente integral e efetivo, o cuidado é potencializado à medida que suas dores de origem diversas — e igualmente relevantes — são acolhidas e trabalhadas pela equipe.

Tudo o que foi abordado intensifica-se de modo considerável quando se está vivenciando um adoecimento em fase aguda e o sujeito precisa ir em busca da unidade de urgência e emergência de um hospital. Tendo isso em vista, é preciso discorrer acerca do fazer do profissional de psicologia que, de todas as formas, apresenta um papel primordial, pois acolhe e lida com emoções que perpassam essa experiência e podem se tornar crônicas se não trabalhadas no início de seu aparecimento.

O contexto da urgência e emergência: a psicologia atuando na crise

Diante de uma organização hospitalar, muitos pacientes inserem-se na internação por meio da unidade de urgência e emergência. Assim, o sujeito depara-se com o imprevisível que é o adoecer, que pode ser por uma doença urgente ou uma doença emergente. Ao modo como propõe o Conselho Federal de Medicina, na resolução 1451 de 1995, a definição de urgência e emergência se diferem. Urgência diz respeito a situações imprevistas de agravo à saúde, com ou sem risco de vida, em que a pessoa necessita de assistência médica imediata; já a emergência define-se pela constatação médica de condições de agravo à saúde com risco iminente de vida ou com sofrimento intenso, exigindo que haja tratamento médico imediato¹⁴. No entanto, essa diferenciação se faz importante, prioritariamente, no campo técnico, uma vez que para o sujeito em crise, estar diante da necessidade de atendimento médico pode ter uma infinidade de consequências para o que é da vivência psíquica.

Em um cenário como esse, a existência do adoecimento e o luto por uma saúde perdida parecem ser experienciados de forma muito mais intensa. As emoções afloram, o sistema nervoso se desestabiliza, o raciocínio é interrompido e o sujeito enfrenta momentos de grande angústia. Como expõem



Perez, Chaves e Lopes¹⁵, a vivência do paciente em uma unidade de emergência é reconhecida como uma situação-limite, na qual sua capacidade de adaptação é desafiada, e por isso, podendo apresentar quadros de desorganização psíquica e picos de ansiedade.

Nessa situação, além da ruptura abrupta de uma rotina considerada normal para o indivíduo, há o desequilíbrio familiar, na qual os sistemas familiares são convocados à reorganização de papéis e funções sociais. Por vezes, o provedor de renda encontra-se internado ou a cuidadora principal dos filhos, ou até mesmo os próprios filhos que levam praticamente toda a sua vida para o hospital. Ao serem conduzidos a essa tribulação sem a menor reflexão a respeito, pacientes e familiares são levados, segundo Barbosa *et al.*¹⁶, a angústias e fantasias impensáveis oriundas do desconhecido, da insegurança, da preocupação com a existência de recursos materiais necessários. Os autores explicitam que a família também está nas unidades de emergência juntamente ao paciente nessa experiência de crise, compartilhando de sentimentos de medo, de ansiedade e de estresse. Devido a isso, os familiares são peças fundamentais desse acolhimento ofertado pela psicologia, porque são atravessados forçosamente por essa condição de doença e, por conseguinte, de sofrimento. Em muitos casos, a família torna-se o foco inicial do atendimento, tendo em vista que os pacientes chegam desacordados, sonolentos ou desorientados, então realiza-se uma escuta da percepção desse ator, que pode ser crucial no entendimento da história como um todo.

Na reflexão de Vieira¹⁷, a autora explicita que o pronto-socorro é um ambiente que deflagra vivências únicas relacionadas à dor física, assim como à dor psíquica, a qual deve ser fortemente considerada. O paciente vê-se exposto a experiências mobilizadoras de afetos que, para Leite, Yoshii e Langaro⁴, podem se justificar pelas inúmeras dificuldades que precisa lidar: a espera pelo médico e pelos resultados de exames, a expectativa pelo diagnóstico e as reverberações deste, o prognóstico e as mudanças acarretadas, além das consequências referentes ao tratamento. É dar-se conta e enxergar-se em meio à vulnerabilidade, a qual, na maioria das situações, é uma fonte de angústia, bem como um momento doloroso e desafiador. Sasdelli e Miranda¹⁸ colaboram ao expor que a pessoa hospitalizada, principalmente no serviço de urgência e emergência, percebe a temporalidade de maneira diferente, pois vivencia o momento imediato como eterno a partir de uma vivência subjetiva do tempo, especialmente devido a angústia por não ter como garantir o futuro. Com isso, a temporalidade é uma questão crucial na compreensão dessa experiência, uma vez que influenciam na percepção existencial.



Com efeito, o papel da prática psicológica adquire valor fundamental na medida em que pode colaborar com uma vivência mais humanizada para o paciente e seus familiares, a partir do momento em que acolhe suas dores e suas angústias, elabora seus medos e frustrações, viabiliza a expressão de sentimentos e emoções, e se alia à família e à equipe visando um cuidado total e fortalecido. Para Ficher *et al.*¹⁹, além de auxiliar no processo de internação e sensibilizar a equipe para aspectos psicossociais, facilitando a adesão ao tratamento por parte do paciente, a psicologia tem como função avaliar a condição emocional do mesmo, com a finalidade de identificar quais são seus recursos e condições internas de enfrentamento.

Diante do sofrimento atravessado por uma crise, Silva²⁰ ressalta que "a atitude de prontidão, contemplada pela escuta e o olhar atentos e de cuidado, possibilitarão passagem para o resgate de potencialidades do próprio usuário na busca de modos de cuidar de seu sofrer e encaminhar-lhe sentidos"²⁰ (p. 28). Essa afirmação, portanto, corrobora com a assertiva de Moura (1996) citado por Rossi *et al.*²¹, que a partir do oferecimento da escuta, cuja exposição permite a explicitação do sofrimento, o psicólogo pode resgatar o sujeito para sua própria experiência. Ao perceber-se no processo, o indivíduo pode construir uma experiência singular, encontrando suporte em uma equipe multiprofissional que trabalha com suas diversas queixas e contando com a presença ativa de seus familiares. Assim, é passando por essa crise de modo um pouco mais confortável que ele pode e vai encontrar subsídios valiosos para lidar com experiências desafiadoras subsequentes em sua existência humana.

Por outro lado, é válido salientar, de antemão, que o psicólogo não está inserido de modo generalizado em todas as unidades de urgência existentes. O que ocorre, na verdade, é que é uma atividade específica de algumas organizações hospitalares, as quais optam por ter esse reforço na assistência ao paciente, propondo um olhar integral para o adoecimento.

Urge-se então, nesse espaço especializado para o atendimento à dor física, cuja presença está exposta e evidente, a abertura também para o cuidado das dores que são emocionais. É um campo onde é crucial o trabalho para além do biológico, onde englobe também questões sociais, espirituais e psíquicas que constituem o ser humano. Isso não quer dizer que o psicólogo irá abarcar todas essas demandas e as colocará sob sua responsabilidade, mas que estas serão consideradas, validadas e trabalhadas por um suporte especializado. Um suporte que elucida uma prática psicológica diante da crise, visando à estabilização mínima psicológica dos envolvidos, à reorganização dos modos de



enfrentamento, à reestruturação familiar a partir do adoecimento e à construção de estratégias possíveis para aquela experiência.

Observa-se, nessa unidade, a potencialidade do cuidado no que diz respeito ao psíquico e ao emocional, de modo que os sentimentos associados são acolhidos em sua totalidade, por meio de uma escuta sensível e qualificada, do acolhimento à dor, da validação dos sentimentos e do suporte psicológico. Além disso, tem-se a necessidade de atuar com a dor emocional, a qual se apresenta como um desconforto que não pode esperar, que mobiliza e é tão relevante quanto as dores biológicas. Por isso, é preciso parar e ouvir quais os sentidos essa unidade de cuidados — composta por paciente e família — atribuiu à essa vivência a fim de torná-los parte desse processo, com autonomia e dignidade.

Ainda que seja algo direcionado ao olhar psicológico, faz-se essencial que a equipe multidisciplinar esteja apta a lidar com esse tipo de demanda, de modo que consiga ouvir essas dores e tratá-las sem pressupostos. Quando se relaciona com saúde mental, os outros profissionais de saúde não sabem lidar e pressupõem que esse saber cabe apenas ao psicólogo e ao psiquiatra. A exemplo disso, tem-se os casos de tentativa de suicídio, os quais chegam até o hospital por ferir diretamente à condição de saúde física, onde o psicólogo é rapidamente acionado, mas a assistência não se refere só a isso e, é por causa dessa noção, que se necessita de uma articulação entre os envolvidos. Estes que vão precisar ter competência para lidar e intervir nessas situações com um posicionamento empático e sem julgamentos²².

Diante de tudo que foi dito, Botega²³ ao tecer sobre situações de crise, verbaliza que a flexibilidade e a criatividade são atitudes essenciais na procura de soluções para a percepção da necessidade de cada paciente. Em virtude disso, é importante que o profissional atuante nessa unidade, especialmente do viés psicológico, esteja preparado para trabalhar questões que transbordam àquele momento, visto que o medo da morte é presente, o luto por uma saúde perdida é significativo e a preocupação com a reorganização de papéis sociais é provável, assim pode-se esperar inimagináveis demandas que vão precisar de uma resolução conjunta, rápida e criativa.

À luz dessas considerações, ressalta-se a importância do profissional de psicologia na urgência e emergência de hospitais, visto seu preparo para lidar com questões emocionais, que não são necessariamente o foco da crise instalada, mas que podem acentuar essa vivência caso não sejam integradas ao modo de cuidar.



Metodologia

Este estudo realizou, inicialmente, uma revisão bibliográfica com base nas plataformas SCIELO, PEPSIC, LILACS e Google Acadêmico, com as seguintes palavras-chave: psicologia, psicólogo hospitalar, urgência, emergência e hospital. Foram considerados artigos nacionais, publicados nos últimos cinco anos (entre 2016 a 2021) e que tratassem diretamente do escopo desse estudo. Centrando-se, diretamente na temática urgência e emergência, o estudo abraça seis artigos, que se subdividiam nos seguintes eixos: 1) publicações com enfoque no viés dos profissionais de psicologia; 2) a percepção da equipe sobre a atuação do psicólogo nesse contexto e 3) produções cujo foco se direcionava à vivência do paciente.

Em etapa posterior, foi realizada coleta de dados por meio de entrevistas a participantes voluntários que responderam a um questionário aberto. O método escolhido para a definição de amostragem foi a não-probabilística intencional, em que foram incluídos os profissionais de psicologia atuantes na unidade de urgência e emergência de um hospital geral particular na cidade de Fortaleza. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética e as entrevistas foram realizadas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tais entrevistas foram devidamente gravadas e transcritas para análise por meio do método fenomenológico empírico (MFE) de Giorgi²⁴. Tal método reconhece que os fenômenos são passíveis de serem investigados desde que se tornem presentes na vivência do sujeito pesquisado, ou seja, trata-se de acolher essa vivência por meio do discurso expresso dos participantes da pesquisa. Essa vivência coloca em cena o que é do campo da experiência por meio de olhares sobre a realidade de determinado fenômeno, nos permitindo compreender o vivido. Isso acontece pela enunciação dos sentidos e essências que manifestam como ocorrem as vivências de um determinado fenômeno.

Para tanto, considera-se, fundamental, a suspensão fenomenológica (*Epoché*) dos pressupostos pessoais e teóricos do pesquisador a fim de garantir a elucidação do fenômeno investigado sem quaisquer manipulações. Tal suspensão, segundo Silva²⁵, possibilita que o pesquisador se abra para a alteridade do entrevistado, colocando seus pressupostos anteriores em parênteses e objetivando a captação dos sentidos e significados dos próprios sujeitos que falam.

Tendo como base essa postura, o pesquisador vai procurar a essência do que aparece como fenômeno, isto é, vai em busca da estrutura de significados psicológicos, do sentido real da experiência vivida pelos sujeitos participantes por meio da análise eidética²⁴. Dessa maneira, o intuito é



alcançar a essência do mundo vivido a partir de uma postura de compreensão de uma experiência que é singular. O papel do pesquisador em questão será de participação e envolvimento com o grupo pesquisado, evitando interferir mais do que o necessário e prezando pela credibilidade das pessoas e do estudo²⁶. Pretende-se, assim, trabalhar com uma descrição concreta e detalhada das vivências cotidianas dos participantes da pesquisa.

Análise de dados

Assim como citado anteriormente, as entrevistas foram gravadas com o uso de celular e transcritas para o editor de texto Word. A primeira etapa consistiu na assimilação do sentido geral do material levantado na pesquisa, realizando leituras embasadas na suspensão fenomenológica e sem o levantamento de hipóteses e/ou interpretações. Esta fase diz respeito ao contato inicial com o que foi colhido e uma observação dos dados sem pressupostos. Isto implica em uma suspensão, por parte do pesquisador, daquilo que já é conhecido sobre o fenômeno investigado para que o mesmo possa interrogá-lo. Nesse momento revela-se uma síntese geral do que está sendo notado e evidenciado por parte do pesquisador.

Em seguida, o próximo passo referiu-se a um procedimento descritivo, em que houve mais uma leitura, mas dessa vez, com marcações objetivando dividir o conteúdo em partes pequenas. Isto significa que, com base nas sínteses gerais, explora-se novamente o material valorando as temáticas desveladas e sublinhando as unidades de significado. Essa fase elucida as partes dos discursos que se repetem e formam agrupamentos entre si, ou seja, identifica-se os sentidos comuns e suas interdependências. Esses elementos comuns que expressam as vivências dos participantes da pesquisa se colocam como a essência do fenômeno estudado.

A outra etapa consistiu na transformação dessas unidades de significado que elucidam a essência do fenômeno estudado, em expressões de caráter psicológico. Essa etapa teve como finalidade articular sentidos psicológicos com os descritos pelos participantes, substituindo por meio de investigação, o que foi dito em uma linguagem de senso comum para um viés da psicologia. Por fim, houve o estabelecimento das categorias gerais que retratassem essas experiências vividas por meio das unidades de significado e da suspensão fenomenológica. Essas categorias reuniram os sentidos que se apresentaram mais invariáveis nas unidades de significado, isto é, sentidos esses que mais se repetiram durante as falas²⁶. Nesse ponto, assume-se um posicionamento teórico que, com base nas categorias encontradas, fundamenta uma análise do que foi observado em relação à vivência estudada.



Resultados

Em seus resultados, o presente estudo destacou quatro categorias temáticas que se sobressaíram pela análise dos dados obtidos com as entrevistas. A primeira categoria evidenciada expõe a imprevisibilidade e diversidade de demandas que chegam à equipe de psicologia que se propõe a atuar em uma unidade de urgência e emergência. A segunda categoria traz que, nas situações emergenciais que o profissional de psicologia se vê convocado a atuar, ele é o principal responsável por oferecer a escuta e a validação dos sentimentos aos indivíduos envolvidos, visto que estes se encontram em um cenário de alta ansiedade e estresse emocional. A terceira categoria elucida a atuação em equipe multidisciplinar, que é algo que vem sendo construído com o passar dos anos. Como quarta e última categoria, têm-se a formação e o preparo emocional que perpassa o profissional atuante dentro desse cenário.

Discussão

Cenário de imprevisibilidade e diversidade

Sendo assim, não se sabe exatamente o que pode chegar a esse cenário e, por isso, deve-se estar preparado para lidar com o inesperado. Para além de uma vivência eminentemente física, a psicologia recebe demandas também psicológicas, por considerar esta experiência como mobilizadora de afetos⁴. Em virtude disso, o trabalho da psicologia também concerne na atuação junto às urgências psíquicas, as quais são olhadas de modo diferente pela equipe de saúde, reforçando o que foi pensado por Simonetti⁷, em que a subjetividade irá vir à tona a partir da escuta psicológica, apostando na dimensão de mensagem que o sintoma evidencia¹⁰. Assim, como bem coloca Frizzo²⁷:

"Quando se parte da compreensão de um sintoma de origem orgânica pré-estabelecida, não se questiona a origem psíquica desta somatização. Quando se tem uma situação considerada psicológica ou psiquiátrica, o sofrimento é minimizado e, por vezes, banalizado. A superação da visão cartesiana de separação entre mente e corpo e os julgamentos morais a partir desta compreensão se constituem em um desafio não somente no âmbito hospitalar e de trabalho, mas também no contexto sociocultural em que cada sujeito está inserido"²⁷ (p. 21).



Nessa esfera, a noção de plenitude existencial referida anteriormente por Angerami-Camon⁹ é posta em xeque no momento em que o indivíduo se depara com o adoecimento e a consequente hospitalização. Notadamente, Milhorim e Costa²⁸ sinalizam que, dentro da rotina hospitalar, a unidade de pronto-socorro recebe pacientes com queixas de diversos tipos, em diferentes graus de urgência ou necessidade de atendimento. Sassi e Oliveira²⁹ declaram que a emergência pode receber todos os públicos, sendo considerado o lugar da imprevisibilidade, por não haver rotinas e planejamentos. Corroborando com isso, Simonetti⁷ explicita que tal local vai exigir do profissional a criatividade para intervir e possibilitar os processos de verbalização dos conteúdos emocionais. O psicólogo, então, dá conta do que é urgente para o indivíduo naquele momento e o convida a trabalhar diante dessa urgência³⁰.

É válido salientar que a situação pandêmica pela COVID-19 exaltou essa diversidade e exacerbou a necessidade do suporte psicológico nesse momento, visto que reposicionou a humanidade em um lugar de impotência e falta de controle sobre sua vida. O medo por uma doença desconhecida, a ansiedade para a busca e eficácia do tratamento, o processo gradativo de recuperação, o isolamento social, todos esses fatores afloraram os sentimentos envolvidos com esse processo e a vivência de um adoecimento tornou-se ainda mais assustadora.

"Nesse momento, eu posso dizer que é por conta da covid, que as pessoas estão chegando à urgência e emergência, e junto com esse diagnóstico, vem os sintomas da ansiedade, vem o medo, vem a preocupação em agravar o quadro clínico. Nós estamos vivendo um momento muito diferente que a gente estava habituado." (Psicóloga 2)

"Muitas pessoas têm muito medo de hospital — nesse contexto de pandemia, mais ainda —, normalmente quando se vai ao hospital e quando entra na emergência e precisa ficar, suscita neles os medos que, normalmente, suscita em pacientes quando adentram os hospitais: eles regridem, ficam ansiosos, pensam na morte, por mais que seja uma coisa inconsciente." (Psicóloga 5)

Se antes, a vivência da urgência já era algo desconfortante e desestabilizador, com a pandemia, essa experiência virou um verdadeiro terror, pois provocou mudanças significativas no modo de existir do mundo. O serviço de psicologia teve que se preparar para acolher demandas psicológicas



decorrentes do sofrimento oriundo da pandemia e de todas as adaptações — econômicas e sociais — que ela imperiosamente impôs. A angústia frente ao desconhecido da doença e seu prognóstico, discutido por Barbosa *et. al*¹⁶ foi materializado em toda a vivência pandêmica. Portanto, a atitude de prontidão no seu estado de maior vulnerabilidade, então, seria a possibilidade de tornar o percurso de internação suportável, resgatando possibilidades e transformando os sentidos presentes²⁰.

Acolhimento, apoio e suporte em situações de crise

Pacientes e familiares mostram-se desorganizados e desestabilizados psicologicamente diante de tamanha crise estabelecida em suas vidas. Costa *et al.*³¹ (p. 137) expõem que “a presença segura e serena do psicólogo de emergências é fundamental para promover apoio emocional, segurança e conforto”.

Nas entrevistas, foi observado que a atuação psicológica se funde em um tripé de acolhimento, apoio e suporte. Acolhimento às dores físicas e emocionais; às dúvidas e aos questionamentos que surgem sobre procedimentos médicos, questões sociais e entre outras; acolhimento aos sentimentos de medo, angústia e preocupação. O apoio naquela situação em que o sujeito é lançado inevitavelmente à crise e se sente desamparado. Por fim, o suporte na reorganização das problemáticas presentes em busca de favorecer a tomada de decisões. Assim como bem coloca uma entrevistada:

“Ao recebê-lo naquele contexto de emergência, que é o corre-corre, onde tudo é pra ontem, onde é uma coisa emergencial... alguém vai parar para escutá-lo. Então a gente vai ver o enfrentamento, a gente vai ver como é a real situação dele. Então, assim, realmente, hoje a gente observa que a psicologia tem que estar dentro da emergência, até como forma de amenizar o sofrimento emocional das pessoas que chegam ao hospital.” (Psicóloga 5)

Dessa forma, o psicólogo trabalha para favorecer o desenvolvimento de um estado emocional mais tolerável naquele ambiente, objetivando a resolução dos problemas e das demandas iminentes, mas também para restaurar a estabilidade emocional daqueles indivíduos³¹. Atitudes tais como oferecer uma água, um espaço silencioso, uma técnica de respiração profunda, um abraço apertado, são exemplos de que o psicólogo, muitas vezes, atua por meio de ações simples, mas que, para aquele sujeito naquelas circunstâncias, são de valores imensuráveis. Não necessariamente há a realização de uma intervenção psicológica propriamente dita como observada nas clínicas de psicologia, mas outras técnicas e abordagens podem ser realizadas para maior eficácia.



"Quando a gente pensa em psicologia hospitalar, as pessoas no geral pensam muito em técnica, mas a gente acaba fazendo muito psicoeducação, acaba fazendo orientação, então eu acho que é uma ponte para poder estabilizar e ir para outras coisas." (Psicóloga 4)

A partir do exposto, a prática psicológica tem como foco a promoção de um ambiente propício aos cuidados às necessidades da vítima e de seus familiares. Ademais, possibilita um local seguro para que possa organizar os próximos passos diante daquela situação, além de ajudar a contatar outros familiares ou uma pessoa mais organizada para seguir com os trâmites necessários³¹. A intenção, de fato, é posicioná-la dentro da circunstância de adoecimento para construir estratégias de enfrentamento⁸.

Ferreira-Santos³² tece que o indivíduo em crise necessita de alguém ao seu lado para compartilhar seu sofrimento e auxiliá-lo a encontrar uma porta de saída. Portanto, o acolhimento em crise traz consigo o reconhecimento da presença da psicologia, pois permite evitar a cronificação de demandas que poderiam ter sido acolhidas no momento inicial da crise, mas que por não terem sido, perduram pela vida da pessoa, influenciando significativamente na sua funcionalidade e atrapalhando suas atividades cotidianas. Para tanto, com uma atuação de corresponsabilidade (paciente-psicólogo), o paciente consegue restabelecer-se diante do estressor e construir seu próprio caminho de enfrentamento com suas condições internas e aprendê-lo para momentos de crise posteriores¹⁹.

Equipe multidisciplinar: trabalho em construção

É certo que essa atuação já é muito mais organizada e definida do que em tempos passados, no entanto, ainda se espera que haja a verdadeira compreensão do papel do psicólogo. Oliveira³³, em seu estudo com entrevistas a profissionais de um contexto hospitalar, trouxe que estes não conseguem identificar totalmente como a psicologia pode ajudar no tratamento do paciente e que, por isso, sugere a criação de estratégias criativas do psicólogo para promover o entendimento da relevância e abrangência da atuação do mesmo no trabalho em equipe.

Percebeu-se que, diante de situações de crises emocionais, o psicólogo é chamado a dar conta do que escapa ao biológico, do que escapa à racionalidade e ao fazer técnico dos profissionais da saúde. Ao ver o paciente chorando ou ansioso, a equipe aciona a psicologia. Ao ver que o paciente não está aderindo ao tratamento, a equipe aciona a psicologia. Ao ver que o paciente se mostra introspectivo, a equipe aciona a psicologia. Por isso, a psicologia trabalha por demanda, quando há um



questionamento em que apenas esse profissional é respaldado para responder. O psicólogo é visto como único detentor de poder sobre as questões emocionais e o único que poderá prestar um cuidado nesse cenário, como exemplificado a seguir:

"O que acontece é que eles nos veem como salvadoras da pátria e ficam esperando um posicionamento da psicologia para seguir com o fluxo." (Psicóloga 1)

"A equipe também tem que entender que o psicólogo também tem limitações, eles nos veem como um mágico, então a maior dificuldade é eles conseguirem diferenciar o que é demanda para a psicologia e o que extrapola. Então, às vezes, vão ter determinadas situações que a psicologia, infelizmente, não tem como atuar sozinha naquele momento e não tem como dar conta." (Psicóloga 3)

Em contrapartida, tem-se que a discussão em saúde mental não deve ser algo estritamente do domínio psicológico, mas deve ser incluída como obrigatória nas formações acadêmicas de todos os profissionais atuantes dos serviços de saúde. Dessa forma, é possível ampliar o entendimento de que a saúde mental não é algo distinto da saúde física, mas algo que se complementa e compreende um todo ainda maior. É importante destacar, além disso, que há uma diferenciação entre o pedido da equipe e a demanda do paciente e esta se configura como algo a ser sempre colocado em questão quando o assunto é saúde mental. A verdadeira compreensão acerca da multidimensionalidade do ser humano (inclusive, o âmbito psicológico) é viabilizada a partir da integração completa da equipe a fim de alcançar a totalidade do acompanhamento¹².

Por outro lado, é importante discutir sobre a naturalização das expressões dessas emoções. É preciso compreender que o choro não é equivalente ao estado depressivo por si só ou que alguns comportamentos não são sinalizadores de transtornos psicológicos. Pelo contrário, fazem parte do processo de reorganização e reelaboração do momento de crise e, como proposto por Chiattoné⁶, uma vivência como essa terá influência de diferentes fatores oriundos da história de vida individual e experiências anteriores. É imprescindível dar abertura para a exposição desses sentimentos, bem como favorecer que cada um encontre seus próprios recursos de enfrentamento a partir do entendimento da situação como um todo e do suporte necessário para essa travessia. Tal discussão é motivada pela tendência à própria psicologização e patologização das reações emocionais dos pacientes, podendo acarretar até em uma normativa quanto ao comportamento em si. Sendo assim, faz-se



crucial ter em vista que algumas respostas são esperadas, mas devem ser localizadas dentro de um padrão de personalidade e história de vida, permitindo a singularidade de cada enfrentamento. Na verdade, segundo Bruscato *et al.*³⁴, o psicólogo tem a função de favorecer o reconhecimento dos aspectos psicológicos presentes na doença ou na relação com a equipe de saúde, colaborando com a humanização do cuidado. Essa função, pois, é permeada por uma boa comunicação interna entre os atores implicados.

"O psicólogo, dentro da instituição de saúde, não deve reproduzir um modelo de saúde-doença, certo-errado, mas ser articulador de relações nas quais cada particularidade e história individual sejam levadas em consideração tanto no processo diagnóstico, quanto no tratamento e prognóstico"¹³ (p. 2).

O trabalho dentro da equipe multidisciplinar favorece um cuidado integral para todas as necessidades do indivíduo e seus familiares¹². Contudo, os achados das entrevistas alertam para que haja uma troca efetiva e afetiva entre os profissionais envolvidos, de modo que estes estejam realmente imbricados com o bem-estar do paciente e possam estar atentos para suas demandas, realizando não somente trocas de informações superficiais, mas uma troca de conhecimento potencializadora de saúde em todos os âmbitos.

Da preparação teórica à emocional: para além da técnica

Tendo em vista a análise do material coletado, foi possível apreender a necessidade de uma formação específica para a atuação no contexto hospitalar, especialmente na ala de urgências, visto a preparação anterior que é exigida em termos de teoria e estudo. Foram citados pelas psicólogas entrevistadas formações voltadas para o aprendizado em Psicoterapia Breve Focal, Plantão Psicológico, Primeiros Socorros Psicológicos e manejo de crises. Acredita-se que essas temáticas abordam o conteúdo necessário, além de preparar o profissional tecnicamente para atuar nesses ambientes, uma vez que dizem respeito a terapêuticas breves e focalizadas.

Ao discorrer sobre a atuação psicológica usando a Psicoterapia Breve Focal, Holanda e Sampaio⁸ abordam que as intervenções, nesse sentido, são aliviadoras e preventivas, pois podem impedir respostas desadaptativas. Então, o psicólogo juntamente à pessoa que está em crise, busca uma estabilização dos sintomas emocionais a fim de prosseguir com o tratamento contra o adoecimento, oferecendo o suporte psicológico para experienciar essa vivência. Também, objetiva-se demonstrar que o



sujeito não se encontra sozinho e tem no psicólogo uma figura de apoio durante esse período.

"Quando a gente pensa em urgência e emergência, a gente não sabe o que vai acontecer, o que a gente vai encontrar ali. Se a gente fica o tempo todo lá na emergência, pode acontecer um acidente, uma pessoa está sangrando e a gente vai ter que ter calma e preparo para estar ali. Então, assim, eu acho que ter tranquilidade, segurança emocional, se manter firme ali para poder ajudar mais que atrapalhar e flexibilidade também." (Psicóloga 4)

Tal como evidenciado no relato e, de acordo com Oliveira e Faria³⁵, ao escutar o chamado de ajuda, o psicólogo deve amparar a dor do outro, viabilizando a diluição da sua angústia por meio de uma escuta sensível e acolhedora. No entanto, a exposição excessiva a situações estressoras e de forte carga emocional, pode fazer com que se atinja um nível de esgotamento profissional. Toledo *et al.*³⁶ (p. 180) apontam que "somente poderá oferecer auxílio a quem necessita se estiver em condições físicas, psíquicas e emocionais para tal". Para os mesmos autores, o preparo do profissional envolve capacitações e o exercício do autocuidado durante e após a atuação, e faz parte desse exercício: estar atento às próprias reações, sentimentos e limites no cuidado em crise.

A Psicóloga 2 relata que: "Se eu estou em processo de terapia, lidando com minhas emoções e com meus limites, isso também vai me deixar mais fortalecida para estar diante daquele sofrimento do outro.". Nesta fala, torna-se visível que o acompanhamento psicológico por parte do profissional de psicologia também é uma necessidade, afinal, diariamente aparecem casos que facilmente podem gerar identificação com as próprias questões e um desconforto emocional nos atendimentos. Estar em contato com os próprios sentimentos e questionamentos existenciais facilita um posicionamento seguro diante do outro e da dor que ele carrega, pois, assim como os outros profissionais envolvidos, pode-se passar por momentos de sobrecarga¹¹.

É perceptível, então, a inevitabilidade de uma formação anterior e a necessidade de habilidades específicas dentro dessa conjuntura, que traz consigo uma dinâmica fluída e acelerada. Não menos importante, como coloca Heidegger citado por Critelli³⁷, tem-se que a técnica se apresenta como um fenômeno em que expressa um modo de ser da ocidentalidade, em que a relação do homem com o mundo se tornou meramente técnica e isso fez com que o mundo fosse visualizado a partir dessa ótica. Sob outra perspectiva, o filósofo Heidegger traz um retorno à concepção de *techné*, a qual defende um olhar compreensivo diante do outro, ao contrário de um olhar instrumental, onde vai ser



desvelado no encontro e pelo encontro³⁷. Concluindo, é possível preparar-se anteriormente para atuar em qualquer contexto, mas é com a adoção de uma postura compreensiva e serena que se pode conhecer uma pessoa na sua singularidade e acolhê-la verdadeiramente na sua experiência de sofrimento.

Considerações Finais

No percurso da produção da pesquisa, ficou evidente que a inserção do psicólogo dentro da organização hospitalar tem se tornado essencial paulatinamente com o aumento de profissionais imersos nisso. Somado ao que se conseguiu a partir da revisão de literatura, o estudo mostrou que o fazer psicológico torna-se cada vez mais necessário – ao paciente, família e equipe –, porém ainda se coloca como insuficiente diante das demandas que chegam até os hospitais, sendo necessário uma reformulação da organização dos serviços hospitalares no que tange os serviços de psicologia.

Em um cenário de demandas diversas e imprevisíveis, o emocional dos pacientes e de seus familiares é consideravelmente abalado e podem protagonizar crises desorganizadoras de toda a dinâmica social. Por causa disso, o papel do psicólogo hospitalar favorece uma travessia desse percurso de maneira mais confortável àquele indivíduo, pois viabiliza o entendimento da situação, o suporte necessário para a tomada de decisões e acolhimento dos sentimentos esperados em uma demanda de crise. Por essa visão, é possível prevenir respostas desadaptativas e evitar a posterior cronificação destas em transtornos psicológicos.

Quando se trata de dores emocionais, o profissional de psicologia é referência para a equipe multidisciplinar. Porém, os demais profissionais da saúde, involuntariamente, afastam-se do que diz respeito à saúde mental, haja vista sua formação precária envolvendo esse tema, o que suscita a consolidação deste nas formações acadêmicas a fim de tornar o conhecimento amplo e comum a todos que atuam nos serviços de saúde.

Por fim, o psicólogo, ao deparar-se com situações estressoras recorrentemente, precisa manter-se equilibrado emocionalmente e capacitado para conseguir cuidar do que chega até o seu fazer. No entanto, a literatura não abordou sobre a necessidade da preparação emocional dentre as habilidades do psicólogo hospitalar, apenas habilidades técnicas, tais como criatividade



e flexibilidade, mas que foi evidenciado como necessário pela presente pesquisa. Portanto, a preparação técnica/teórica anterior e o acompanhamento psicoterapêutico contínuo compõem o âmago da prática psicológica bem estabelecida e definida, a fim de tornar o acolhimento em crise comum a todas as instituições de emergências presentes na rede de saúde.

Espera-se, então, novos estudos sobre a temática objetivando maiores discussões na perspectiva da temática, favorecendo a consolidação do psicólogo na unidade de urgência e emergência dos hospitais a partir de uma prática embasada e teorizada, bem como tornar evidente as ações inovadoras que envolvem tal atuação.



Contribuição dos autores

Lívia Nádia Albuquerque dos Santos e Jurema Barros Dantas participaram na concepção e delineamento do trabalho, na obtenção, análise e interpretação dos dados; na discussão dos resultados, na redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo e na aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Aos familiares, amigos e toda a comunidade acadêmica que deram o impulso necessário para a construção do trabalho.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY-NC (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Angerami-Camon VA. Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. In: Angerami-Camon, VA, editor. *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Ed. Pioneira Thompson Learning; 2002. p. 41-60.
2. Azevedo AV, Crepaldi MA. A psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estud. psicol.* [internet]. 2016 Out-Dez [cited 2021 Feb 10]; 33(4):573-585. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2016000400573&script=sci_arttext&tlng=pt.
3. Conselho Federal de Psicologia (BR). Resolução nº 14, de 20 de dezembro de 2000 [internet]. Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília, DF: [CFP]; 2000 [cited 2021 Feb 10]. Available from: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2000_14.pdf.
4. Leite KL, Yoshii TP, Langaro F. O olhar da psicologia sobre demandas emocionais de pacientes em pronto atendimento de hospital geral. *Rev. SBPH* [internet]. 2018 Jul-Dez [cited 2021 Feb 21]; 21(2):145-166. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000200009.
5. Angerami-Camon VA. O imaginário e o adoecer: um esboço de pequenas grandes dúvidas. In: Angerami-Camon VA, editor. *E a psicologia entrou no hospital*. Belo Horizonte: Editora Artesã; 2017. p. 137-167.
6. Chiattonne HB. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: Angerami-Camon VA, editor. *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning Edições; 2011. p. 145-233.
7. Simonetti A. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. 8ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2016.
8. Holanda TC, Sampaio PP. *Psicoterapia breve-focal: teoria, técnicas e casos clínicos*. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2012.
9. Angerami-Camon VA. *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 2ª ed. São Paulo: Editora Cengage Learning; 2018.
10. Mosimann LT, Lustosa MA. A psicologia hospitalar e o hospital. *Rev. SBPH* [internet]. 2011 Jun [cited 2021 Feb 11]; 14(1):200-232. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100012.
11. Luz JR, Antoni L, Pereira JA, Vietcheneski J. O olhar da psicologia hospitalar frente ao paciente. *Anais da Jornada Científica dos Campos Gerais* [internet]. 2018 Out 31 [cited 2021 Feb 10]; 16. Available from: <https://iessa.edu.br/revista/index.php/jornada/article/view/954>.
12. Fossi LB, Guareschi NM. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Rev. SBPH* [internet]. 2004 Jun [cited 2021 Feb 11]; 7(1):29-43. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004.
13. Xavier LP, Reis PP, Frassão MC. O trabalho do psicólogo junto à equipe de saúde. *Rev. Ciênc. Saúde* [internet]. 2016 [cited 2021 Feb 18]; 6(1). Available from: https://www.researchgate.net/publication/309000567_O_Trabalho_do_Psicologo_Junto_a_Equipe_de_Saude_The_Work_of_the_Psychologist_with_the_Health_Team.



14. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 1451, de 17 de março de 1995 [internet]. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto Socorros Públicos e Privados. Brasília, DF: CFM; 1995 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451>.
15. Perez GH, Chaves G, Lopes SM. A escuta do corpo: psicoterapia do sujeito somatizante no contexto hospitalar. In: Elias VA, Peres GH, Moretto MLT, Barbosa, LN, editors. Horizontes da psicologia hospitalar: saberes e fazeres. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 41-47.
16. Barbosa LN, Pereira JA, Alves V, Ragozini CA, Ismael SM. Reflexões sobre a ação do psicólogo em unidades de emergência. Rev. SBPH [internet]. 2007 Dez [cited 2021 Feb 20]; 10(2):73-81. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200009.
17. Vieira MC. Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. Rev. Soc. Bras. Clín. Méd. [internet]. 2010 Nov-Dez [cited 2021 Feb 15]; 8(6):513-519. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1602.pdf>.
18. Sasdelli EN, Miranda EM. Ser: o sentido da dor na urgência e emergência. In: Angerami-Camon VA, editor. E a psicologia entrou no hospital. Belo Horizonte: Editora Artesã; 2017. p. 257-278.
19. Ficher AM, Carvalho FL, Perez JO, Antonechen AC, Verceze N, Siquinelli JP, et al. 18 anos do serviço de psicologia na unidade de emergência: dos primeiros passos à maioridade. Revista Qualidade HC [internet]. 2016 [cited 2021 Feb 20]. Available from: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/141/141.pdf>.
20. Silva SC. O lugar do psicólogo no contexto de urgência e emergência. Blucher Medical Proceedings [internet]. 2014 Jan [cited 2021 Feb 15]; 1(6):26-30. Available from: <http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/5jphmcl/005.pdf>.
21. Rossi L, Gavião ACD, Lucia MC, Awada SB. Psicologia e emergências médicas: uma aproximação possível. Psicol. hosp. [internet]. 2004 Dez [cited 2021 Feb 15]; 2(2). Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200009.
22. Oliveira KP. A assistência psicológica aos casos de tentativa de suicídio no hospital geral. In: Angerami-Camos VA, editor. E a psicologia entrou no hospital. Belo Horizonte: Editora Artesã; 2017. p. 111-135.
23. Botega, NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: inter-consulta e emergência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
24. Giorgi A, Sousa D. Método fenomenológico de investigação em psicologia. Lisboa: Fim de Século; 2010.
25. Silva AC. Excesso de peso e obesidade em crianças que nasceram com muito baixo peso: vicissitudes das práticas alimentares na infância a partir da subjetividade materna [tese] [internet]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2015. 213 p. [cited 2021 Feb 18]. Available from: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/57406>.
26. Creswell JW. Estrutura para projeto. In: Creswell JW, editor. Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Armed; 2007. p. 21-42.
27. Frizzo CP. Possibilidades de atuação da psicologia na atenção à crise em saúde mental na emergência adulto do HU/UFSC [trabalho de conclusão do curso] [internet]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2019. 27 p. [cited 2021 Feb 21]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/203993/TCR%20Camila%20Paravisi%20Frizzo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
28. Milhorim TK, Costa SB Neto. Manifestações corporais do sofrimento psíquico: psicossomática em contexto de pronto-socorro. Rev. SBPH [internet]. 2019 Jan-Jun [cited 2021 Feb 21]; 22(1):127-153. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100008.
29. Sassi A, Oliveira S. Os desafios do psicólogo no atendimento a pacientes internados no pronto socorro. Psicol. rev. [internet]. 2014 [cited 2021 Feb 15]; 23(1):97-107. Available from: <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/20216>.
30. Moura MD. Psicanálise e urgência subjetiva. In: Moura MD, editor. Psicanálise e hospital. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 3-15.
31. Costa CF, Affini EP, Alves IB, et al. O atendimento psicológico em emergências: diferentes settings. In: Franco MHP, editor. A intervenção psicológica em emergências: fundamentos para a prática. São Paulo: Summus



- Editorial; 2015. p. 105-146.
32. Ferreira-Santos E. Psicoterapia breve: abordagem sistematizada de situações de crise. 5ª ed. São Paulo: Editora Ágora; 2013.
 33. Oliveira RG. Concepções de profissionais da equipe interdisciplinar sobre a prática do psicólogo hospitalar [dissertação] [internet]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 2019. 103 p. [cited 2021 Feb 12]. Available from: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/191144>.
 34. Bruscato WL, Kitayama MMG, Fregonese AA, et al. O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In: Bruscato WL, Benedetti C, Lopes SRA, editors. A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p. 34-41.
 35. Oliveira CP, Faria HM. Contribuições do psicólogo hospitalar em um serviço de urgência e emergência do município de Juiz de Fora: concepções da equipe multidisciplinar. Cadernos de Psicologia [internet]. 2019 [cited 2021 Feb 12]; 1(2). Available from: <https://seer.cesjf.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/2493>.
 36. Toledo AL, Prizanteli CC, Polido KK, et al. A saúde emocional do psicólogo que atua em situações de emergência. In: Franco MHP, editor. A intervenção psicológica em emergências: fundamentos para a prática. São Paulo: Summus Editorial; 2015. p. 147-188.
 37. Critelli D. Martin Heidegger e a essência da técnica. Margem [internet]. 2002 Dez [cited 2021 Feb 21]; 16:83-89. Available from: <https://www.pucsp.br/margem/pdf/m16dc.pdf>.



ABSTRACT

Objective: This study aims to comprehend how psychological care in a moment of crisis can contribute to the construction of a more humanized and comfortable subjective experience for the patient. **Methodology:** The study is classified as exploratory and descriptive, by means of a qualitative basis from the phenomenological method of investigation. Through the analysis of the professionals' statements, the objective is to elucidate the potential of current actions in these circumstances, as well as to identify difficulties within the field. The research was organized in two stages: the first one consisted of interviews with professionals who work on the context of the research; the second one involved data analysis and the production of this scientific article, in which the results and discussions are presented. **Results:** This practice's relevance and challenges were highlighted, corroborating for the psychological work in the unit's consolidation to a greater degree. **Final considerations:** The medical urgency and emergency unit has its service enhanced due to the presence of the psychologist. Thereto, we seek to expand current studies on this topic in order to collaborate with future professionals, training in this field.

Descriptors: Psychology; Urgent Care; Emergencies; Hospitals.

Keywords: Psychology; Urgent Care; Emergency; Hospital.

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio tiene como objetivo comprender cómo la atención psicológica en el momento de la crisis puede contribuir para la construcción de una experiencia subjetiva más humanizada y confortable para el paciente. **Metodología:** El estudio es exploratorio y descriptivo, con base cualitativa basado en el método de investigación fenomenológica. Mediante el análisis de las declaraciones de los profesionales, el objetivo es dilucidar el potencial de las acciones existentes en estas circunstancias, así como identificar las dificultades asociadas al área. La investigación se organizó en dos etapas: la primera, con entrevistas a profesionales que actúan en el contexto de la investigación, y la segunda con análisis de datos y elaboración del artículo científico. **Resultados:** se destacó la relevancia y los desafíos de esta práctica, confirmando que el trabajo psicológico en la unidad está cada vez más consolidado. **Consideraciones finales:** La unidad de urgencias y emergencias médicas ve potenciada su atención con la presencia de la psicóloga. Para ello, buscamos ampliar los estudios actuales sobre este tema con el fin de colaborar con la formación de futuros profesionales del área.

Descriptoros: Psicología; Atención de urgencias; Urgencias Médicas; Hospitales.

Palabras clave: Psicología; Atención de urgencias; Emergencia; Hospital.

Submetido em 01/04/2022.

Aprovado em 16/08/2022.

Epidemiologia do Trauma Raquimedular nas Emergências



Epidemiology of Rachimedular Trauma in Emergencies (abstract: p. 16)

Epidemiología del Trauma Raquimedular en Urgencias (resumen: p. 16)

 MARINA STANCOLOVICHE VEIGA BRANGIONI

marinabrangioni@icloud.com

Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein
Av. Paulista, 2028 - Bela Vista, São Paulo - SP, 01310-200

 MARYVÂNSLEY NUNES DE SÁ REIS

dreamy.mar@gmail.com

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Objetivou-se analisar as evidências científicas sobre a epidemiologia do trauma raquimedular nas emergências, contribuindo para o conhecimento dos profissionais de saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com buscas realizadas nas bases de dados da BVS, Google Acadêmico e PubMed, por meio de Descritores em Ciência da Saúde, combinados entre si pelo operador booleano *AND*. Foram incluídos estudos em português, inglês e espanhol, publicados entre 2018 e 2022, com filtro de base de dados LILACS, BDEnf-Enfermagem e MedLine; e excluídos teses, monografias e estudos duplicados, restando 16 artigos para análise. A epidemiologia do trauma raquimedular foi evidenciada por preponderância no sexo masculino, mais frequente entre jovens e idosos, com baixa escolaridade e condições econômicas, etiologia principal acidentes automobilísticos e comprometimento neurológico variável. Conclui-se que o processo epidemiológico no traumatismo raquimedular ocorre com mais frequência entre jovens e idosos do gênero masculino, com baixa escolaridade e condição social. A principal etiologia são os acidentes envolvendo carro e moto e o segmento mais acometido foi o cervical.

Descritores: Coluna vertebral, Epidemiologia, Emergências, Trauma, Traumatismos da medula espinal.

Palavras-chave: Trauma raquimedular; Caracterização; Epidemiologia; Emergências.



Introdução

A Medula Espinhal (ME) é um importante órgão do corpo humano, cujas funções englobam a produção de células, recepção e transmissão de impulsos nervosos através das vias aferentes (sensitivas) e eferentes (motoras), interligando córtex cerebral e áreas periféricas, além de possuir a capacidade de gerar movimentos involuntários rápidos, também denominados reflexos, para situações de emergência detectadas pelo corpo e que demande uma resposta ágil. A ME possui 31 pares de nervos espinhais que realizam a inervação de diferentes áreas do corpo, portanto, uma lesão na região da medula pode interferir seriamente na comunicação do sistema nervoso¹.

A lesão medular é caracterizada pela alteração do funcionamento da medula causada pela interrupção parcial ou total da conexão com o córtex, podendo haver déficits sensitivos superficiais e/ou profundos, motores, alterações nas funções sexuais, autonômicas e esfínterianas. Em relação a sua etiologia, pode ser classificada como traumática, em que há um trauma direto no segmento da medula, como por exemplo acidentes automobilísticos, lesões por arma de fogo, objetos perfurantes, quedas e mergulhos; e não traumática, ocasionada por fatores intrínsecos ao corpo, como tumores e malformações².

O Traumatismo Raquimedular (TRM) é um tipo de lesão medular traumática que afeta as funções sensitivas e motoras abaixo do nível lesionado, já que há a interrupção parcial ou total da comunicação com o sistema nervoso central. Acarreta alterações de sensibilidade, movimento, tônus e força muscular, em que sua gravidade e extensão dependem do segmento acometido. O TRM é dividido em duas etapas: a primária, caracterizada pelo momento do acidente, onde há danos teciduais e ocorre hemorragia, isquemia e rompimento de axônios; e a secundária, em que há a presença de radicais livres, ocasionando reações inflamatórias, edema e morte celular^{3,4}.

Logo após o trauma, o corpo humano apresenta alterações cardiovasculares e aumento da pressão arterial. Conseqüentemente, o indivíduo é acometido pela fase de choque, em que há inibição cortical ocasionando em hipotonia, ausência dos reflexos, perdas motoras e sensitivas e paralisia, que perduram em até seis semanas. Além das manifestações neurológicas, há também mudanças na termorregulação do organismo, diminuição da frequência cardíaca, do retorno venoso e da tolerância ao exercício⁵.



Na atualidade, o trauma medular afeta cerca de 250.000 a 500.000 indivíduos por ano, com aproximadamente 3 milhões de pessoas vivendo com sequelas relacionadas a lesão no mundo todo. Os países que mais possuem incidência de TRM são Estados Unidos (EUA) e Canadá, em que há 10 mil novos casos por ano, somente nos EUA. A prevalência da doença atualmente é dada por 900 casos a cada um milhão de pessoas, sendo 48% dos casos resultando em óbito. Os acidentes automobilísticos são a causa principal e a incidência é de duas a cinco vezes maior no gênero masculino em indivíduos jovens adultos. Acidentes envolvendo quedas são mais comuns na população idosa, demonstrando um aumento de 19,3% para 40,4%^{6,7,8}.

No âmbito nacional, a incidência de casos de TRM é estimada em cerca de 16 a 26 por milhão por ano, embora haja poucos estudos recentes que abordam a epidemiologia das lesões medulares no Brasil, tanto traumáticas como não traumáticas, dificultando o entendimento do problema em questão. A epidemiologia pode ser definida como um estudo do processo saúde-doença da população, levando-se em consideração sua distribuição, determinantes e agravos à saúde, a fim de propor meios para prevenir, promover e recuperar a saúde^{9,10}.

Diante disso, a presença de uma equipe multidisciplinar é imprescindível para realizar o acompanhamento e o cuidado ao paciente em seus diversos aspectos para que a lesão não seja um fator incapacitante e as sequelas sejam diminuídas no intuito de inserir o indivíduo no meio social e minimizar sua dependência, já que o TRM é uma importante causa de incapacidade e óbitos, trazendo sérias consequências para a vítima e seus familiares. Além do prejuízo físico do indivíduo, diminuindo ou anulando sua produtividade, há também fatores psicológicos, emocionais e financeiros envolvidos no processo^{11,12}.

Nesse sentido, o presente estudo se justifica pela necessidade em compreender o processo epidemiológico do trauma raquimedular nas emergências, por meio da investigação de sua natureza e dos componentes relacionados a ela, possibilitando uma visão mais direcionada dos aspectos e particularidades apresentadas nessas situações de trauma.

Sendo assim, esta revisão tem como questões de pesquisa: 1) Qual a epidemiologia do trauma raquimedular nas emergências e de que forma a entender pode contribuir para um manejo de qualidade? e 2) Quais os aspectos clínicos do trauma raquimedular nas emergências?

Destarte, o objetivo deste trabalho é analisar as evidências científicas sobre a epidemiologia do trauma raquimedular nas emergências, contribuindo para o conhecimento dos profissionais de saúde.



Metodologia

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa da Literatura, com enfoque na temática da epidemiologia do trauma raquimedular nas emergências. A revisão integrativa de literatura tem por finalidade sintetizar evidências científicas obtidas com base no tema em questão, de forma organizada e profunda¹³. Este estudo não envolve participação de seres humanos, sendo dispensável o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa e resguardando preceitos éticos e morais por parte da autoria.

A pesquisa foi sistematizada por duas pesquisadoras em sete etapas, conforme segue: 1) elaboração da pergunta norteadora, 2) pesquisa e definição dos descritores; 3) busca ou amostragem na literatura, 4) coleta de dados 5) análise crítica dos estudos incluídos 6) discussão dos resultados e 7) apresentação da revisão integrativa.

A primeira etapa do estudo (1) teve como meta a elaboração da pergunta norteadora da revisão, utilizando-se como estratégia o acrônimo PIO, conforme segue: P: população (pacientes admitidos na emergência); I: Intervenção/influência (Traumatismo raquimedular); e O: os resultados de interesse (perfil epidemiológico/epidemiologia do trauma), tendo como pergunta norteadora: "Qual a epidemiologia do trauma raquimedular nas emergências?".

Na segunda etapa (2), foi realizada a pesquisa e definição dos descritores, com busca realizada no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e escolha das bases de dados.

A terceira etapa (3) caracterizou-se pela realização da pesquisa e seleção dos artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão, estabelecido por meio da leitura dos títulos e resumos dos estudos.

A quarta etapa (4) deu-se pela análise dos artigos selecionados.

Na quinta etapa (5), foi criada a tabela de síntese e interpretação dos dados, respeitando os objetivos propostos.

A sexta etapa (6) se desenvolveu a partir dos resultados apontados, em que foram utilizados artigos para dar suporte conforme os achados.

Na sétima etapa (7), transcorreu-se o cumprimento deste trabalho, de modo a apresentar uma revisão integrativa da literatura com base nas evidências disponíveis, conforme os critérios utilizados.



A coleta de dados foi realizada no período entre julho e agosto de 2022, nas bases da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) PubMed e Google Acadêmico. Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados entre si através do operador booleano *AND*: Trauma; Epidemiologia; Emergência; Coluna Vertebral; e Traumatismos da medula espinal, gerando as seguintes estratégias de busca: [trauma *AND* epidemiologia *AND* emergência *AND* coluna vertebral *AND* traumatismos da medula espinal]; [trauma *AND* epidemiologia *AND* emergência *AND* coluna vertebral]; [spinal cord injuries *AND* emergencies *AND* epidemiology *AND* spine *AND* wounds and injuries].

Os critérios de inclusão foram aqueles que respondessem à pergunta norteadora da revisão, sendo eles: estudos em português, inglês e espanhol, com filtro de bases de dados: LILACS, MedLINE, BDeEnf-Enfermagem, publicados entre 2018 e 2022, em razão da necessidade em encontrar artigos mais atuais, visto que a temática e área da saúde sofrem atualizações a todo o instante.

Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, teses, dissertações e estudos que não atendessem ao objetivo deste estudo.

Não foram utilizados instrumentos de coleta de dados, visto que o presente estudo se trata de uma revisão. Contudo, foram utilizadas as bases de dados nas quais foram realizadas leituras exaustivas de títulos, resumo e artigos na íntegra, referentes ao tema, de modo a ser analisadas as principais informações abordadas em cada estudo. Em seguida, foram feitas sínteses de cada estudo e verificado o melhor meio de apresentação dos dados encontrados. Nesse sentido, o meio escolhido foi a criação da Tabela 1 a seguir, a qual irá direcionar o leitor em seu entendimento.

Resultados

Foram encontrados 861 resultados no Google Acadêmico, 147 na PubMed e 98 na BVS. No Google Acadêmico, após filtro temporal e leitura de título, resumo e textos na íntegra, restaram 10 artigos; na PubMed, após leitura de títulos, resumos e textos na íntegra, restaram 2 estudos; e, na BVS, após filtro temporal, de bases de dados e de idiomas, foram lidos títulos e resumos e excluídos onze estudos por estarem repetidos, restando 4 para leitura. Sendo assim, 295 artigos foram excluídos por não corresponderem ao objetivo desta revisão, estarem em período inferior a 2018 e/ou duplicados, conforme informado no fluxograma da Figura 1. Portanto, houve a análise de 16 estudos, que foram reunidos na Tabela 1.

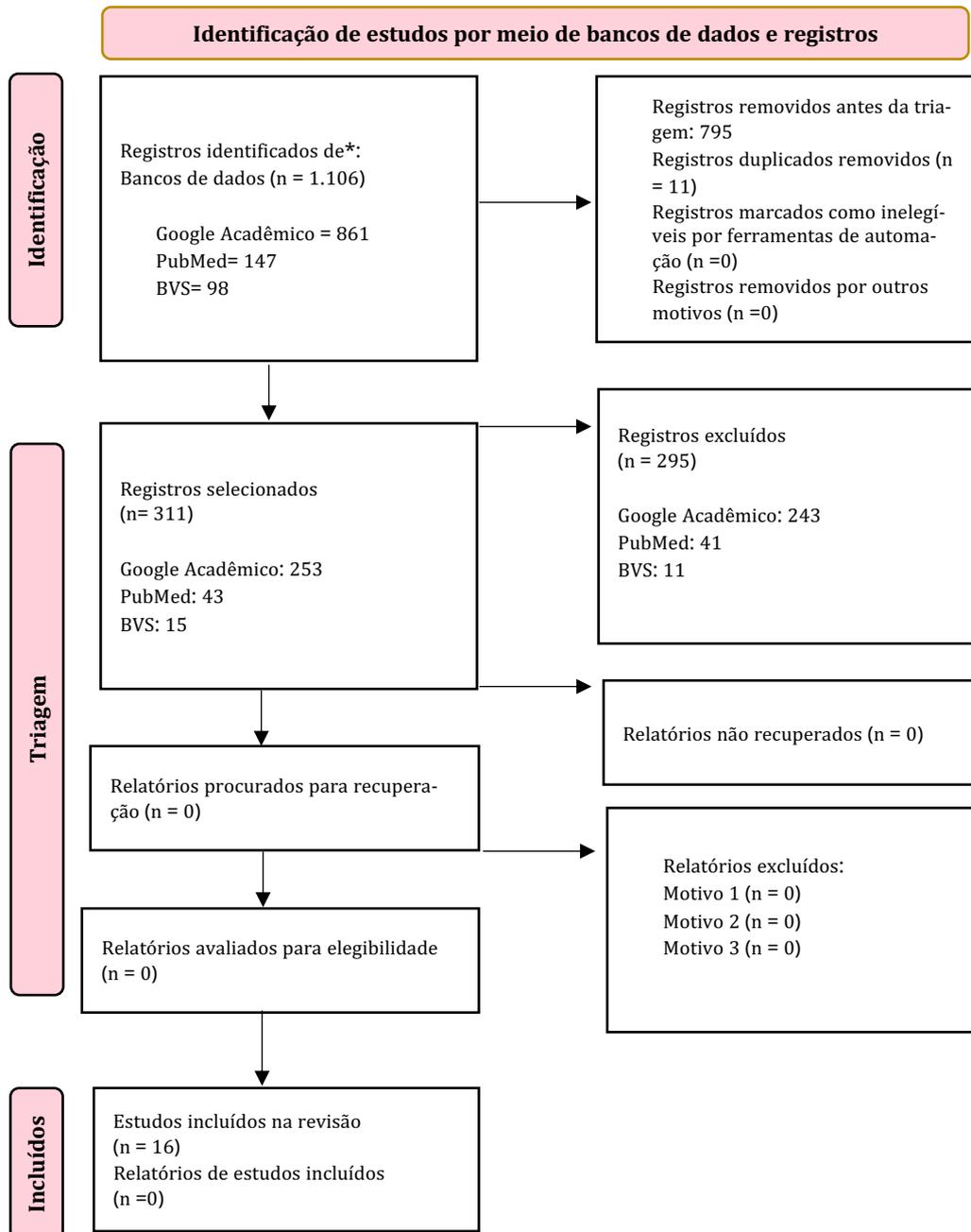


Figura 1: Fluxograma PRISMA 2020 contendo as etapas utilizadas nos processos de identificação, triagem e inclusão dos estudos.



Nº	Autor/ano	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
14	Cirino CP, Silva FA, Sandoval RA (2018)	Verificar o perfil epidemiológico de pessoas com TRM em tratamento em um hospital de referência em Goiânia-GO.	Estudo epidemiológico retrospectivo de dados colhidos em prontuários de pacientes atendidos entre julho de 2016 a julho de 2017.	Avaliados 197 pacientes, com predomínio do sexo masculino. A perfuração por arma de fogo foi o principal fator causador do TRM, seguido por acidente motociclístico. O déficit neurológico mais prevalente foi paraplegia e lesão completa.
15	Zenatti GA, Souza V, Bandedeira JL, Melo AR, Trombetta JP, Pietrobon E et al. (2019)	Traçar um perfil das lesões presentes em vítimas de acidentes automobilísticos portadoras do TRM, por meio da análise de vítimas fatais.	Estudo observacional e retrospectivo, por análise de laudos e declarações de óbito de indivíduos portadores de TRM.	Ao todo, 31 indivíduos foram analisados e encontrou-se incidência de 51,6% sendo do sexo masculino, em que a maioria tinha idade acima de 51 anos. O mecanismo de trauma prevalente foram os acidentes automobilísticos. O segmento cervical foi o mais frequente.
16	Londono LL, Ballesteros ED, Garcia LA, Jimenez JA, Ginalis E, Marchesini N et al. (2020)	Apresentar uma revisão epidemiológica da LM secundária a acidentes de trânsito.	Foi realizada uma revisão sistemática utilizando estratégias específicas de busca em bases de dados de periódicos indexados do período 2000-2019.	Um total de 16 artigos foram analisados. Os acidentes automobilísticos e motociclísticos foram igualmente responsáveis pelas LM. Os segmentos torácicos foram os mais acometidos. Homens na faixa dos 30 anos são os mais afetados.
17	Moraes AM, Dias CP, Carneiro SR, Rocha RS, Rocha LS (2020)	Traçar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes acometidos por TRM em um hospital público do Estado do Pará.	Tratou-se de um estudo quantitativo descritivo, transversal e retrospectivo. Foram coletados 473 prontuários de pacientes com TRM entre 2014 e 2017.	Dos 458 prontuários incluídos na pesquisa, 81% eram de homens, entre 21 e 30 anos. As causas mais comuns foram: quedas, ferimentos por arma de fogo e acidentes automobilísticos. A maioria ocorreu a nível lombar, seguido da torácica e cervical.
18	Müller BR, Cezillo MV, Oliveira BS, Matos LV, Silva NM, Monção SZ et al. (2020)	Demonstrar a anatomofisiopatologia e quais são as condutas que devem ser tomadas na emergência do TRM.	Revisão bibliográfica e relato de caso. Gênero masculino, 29 anos, encontrado em decúbito dorsal com ferimento perfurante, de entrada na região do ombro esquerdo por fragmento de arma de fogo.	As principais etiologias do TRM são externas, sendo acidentes automobilísticos e quedas os mais comuns. Há um predomínio do gênero masculino. Na faixa etária, nota-se uma maior prevalência de casos na 4ª década de vida e a região torácica a mais afetada. A



				distribuição quanto ao nível de educação demonstrou um predomínio de pacientes com um baixo nível de escolaridade.
19	Maia FM, Gonçalves MH, Casadevall MQ, Brasil EG, Pereira MG, Freitas JC (2020)	Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico, avaliar os pacientes no pré e pós-operatório, vítimas de traumatismo raquimedular, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória.	Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, realizado com oito pacientes internados em um Hospital Público, em Fortaleza (CE), no mês de novembro de 2016.	Todos os pacientes eram do gênero masculino e faixa etária de 22 e 54 anos, Como causa dos traumas, foi evidenciado os acidentes de trânsito (75%), mergulho em águas rasas (12,5%) e queda (12,5%). Na amostra, sete apresentaram lesão de nível incompleto e uma lesão completa. Foram observados três casos de traumatismo torácico, três cervicais, um traumatismo toracolombar e um lombar.
20	Paula MR, Santos K, Batista MA, Gonçalves RC, Reis SS (2020)	Identificar a importância da atuação da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) frente à vítima suspeita de Trauma Raquimedular (TRM).	Trata-se de um estudo de revisão sistemática de literatura, de caráter descritivo realizado a partir de um levantamento bibliográfico, cujo propósito é reunir e sintetizar o conhecimento pré-existente sobre a temática proposta.	Em relação aos acidentes de trânsito, os motociclistas estão mais expostos ao risco de morrer ou sofrer lesão. A maior parte dos traumatismos acontece em indivíduos jovens e solteiros, do gênero masculino, entre 18 a 35 anos. O segmento mais atingido é o nível cervical, seguido do nível toracolombar.
21	Pereira TG, Castro SL, Barbosa MO (2022)	Realizar uma análise retrospectiva do traumatismo raquimedular em um hospital de referência em serviço de coluna no Distrito Federal.	Trata-se de estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo que objetivou levantar o perfil epidemiológico do traumatismo raquimedular no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal nos últimos 3 anos.	Dentre os 120 pacientes incluídos no estudo, 83,33% eram do gênero masculino. A média de idade da amostra foi de 40,29 anos. A etiologia de trauma mais frequente foi acidente automobilístico seguido por queda de altura. A coluna torácica foi a mais afetada, seguida pela cervical.
22	Palitot TF (2018)	Analisar a prevalência de Traumatismo Raquimedular (TRM) e fatores associados, em vítimas de acidentes de trânsito internados em serviço de referência.	Estudo censitário, descritivo e analítico, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um Hospital de Campina Grande-PB. A população foi constituída por 1884 prontuários de vítimas de acidentes de trânsito internadas no período de janeiro a dezembro de 2016.	Dentre as vítimas de acidentes de trânsito, verificou-se predominância do gênero masculino. A faixa etária mais atingida foi a de 21 a 30 anos. Os acidentes envolvendo motociclistas foram predominantes e a região cervical a mais afetada.



23	Chen J, Chen Z, Zhang K, Song D, Wang C, Xuan T (2021)	Descrever o perfil epidemiológico da lesão medular traumática (LTME) na província de Guangdong.	Os prontuários médicos de pacientes internados no Hospital Foshan de Medicina Tradicional Chinesa e no Hospital Zhujiang da South Medical University de 1 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2015 foram revisados retrospectivamente.	No período do estudo foram identificados 482 casos, com maior prevalência no gênero masculino e maior acometimento na faixa etária entre 45 e 60 anos. A principal causa foi a queda (49,3%), seguida por colisões de veículos automotores. (34,8%). O local de lesão mais comum foi a medula espinhal cervical.
24	Costa GH, Silva JV, Petersen PA, Marcon RM, Cristante AF (2021)	Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com fratura da coluna vertebral em um período de dois anos (2017 e 2018) em um hospital quaternário da cidade de São Paulo.	Foi realizado um estudo transversal por meio da análise dos prontuários eletrônicos dos pacientes atendidos no Hospital das Clínicas de São Paulo nos anos de 2017 e 2018.	Foram avaliados 185 pacientes ao longo de dois anos. O gênero masculino foi o mais frequentemente avaliado (69,19%), e a média de idade dos pacientes foi de 43,95 anos. Os mecanismos de trauma mais comuns foram quedas de altura (45,95%) e acidentes de trânsito (29,73%). A coluna cervical foi a região mais acometida.
25	Sousa EJ, Hanna MB, Castro LM, Ishigaki BS, Monteiro AM (2021)	Analisar o perfil epidemiológico de pacientes com trauma vertebral atendidos em centro médico de referência no estado do Pará, norte do Brasil.	Estudo quantitativo e retrospectivo realizado no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE), em Ananindeua, norte do Brasil, entre janeiro e março/2020, usando prontuários de pacientes internados entre janeiro/2018 e dezembro/2019.	Conclui-se que o perfil predominante desse tipo de trauma foi em pacientes do gênero masculino, com idade entre 20 e 29 anos, de baixa condição econômica, que apresentaram lesões compressivas em vértebras lombares, intervenção conservadora, internação hospitalar e evolução para recuperação completa, sem sequelas.
26	Lurie T, Berman E, Hassan S, Jackson M, Falcon J, Najafali D et al. (2021)	Identificar os fatores precoces centrados no paciente associados ao risco de lesão da coluna vertebral próximos à costa para auxiliar médicos na tomada de decisões rápidas.	Estudo retrospectivo multicêntrico de todos os adultos transportados de Ocean City, Maryland para dois departamentos de emergência e um centro regional de trauma para avaliação de suspeita de lesão da coluna vertebral e qualquer lesão medular.	Pacientes com lesões da coluna vertebral tinham entre 39 a 48 anos, predominância do gênero masculino, com condição espinhal pré-existente e lesão causada pelo mergulho. Além disso, apresentaram dormência ou formigamento nas extremidades, ambos associados à lesão medular.
27	Castillejos MA, Cadena JL, Romero RM, Rodriguez EB, Luna LM, Zetina CC	Compreender o perfil epidemiológico relacionado às lesões traumáticas devido a acidentes como principais causas de morte e incapacidade na população adulto jovem.	Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, realizado no Hospital Central da Cruz Vermelha Mexicana, revisando 68 registros clínicos de pacientes que entraram na	O perfil encontrado foi de predominância dessas lesões em homens, tendo 11 pacientes com lesão na coluna cervical, dois na região cervicotorácica, 16 com



	(2018)		área de emergência do mesmo hospital.	lesões torácicas, 5 com fraturas toracolombar e 34 com lesões na coluna lombar.
28	Tadros A, Sharon M, Craig K, Krantz W (2019)	Comparar múltiplas variáveis de pacientes que apresentam esses tipos de lesões e que estão no departamento de emergência.	Estudo de coorte retrospectivo, com dados obtidos do Registro de Trauma de um centro acadêmico de referência em trauma no período de 1º de janeiro de 2011 a 1 de dezembro de 2015.	Ao todo, foram encontrados 139 pacientes com fraturas de C2, a maioria tinha 60 anos ou mais, predominância do gênero feminino, tendo as quedas e acidentes automobilísticos como mecanismos mais comuns.
29	Shibahashi K, Nishida M, Okura Y, Hamabe Y (2019)	Determinar a epidemiologia, identificar preditores de mortalidade precoce e desenvolver modelos para lesão medular traumática.	Estudo de coorte retrospectivo usando dados do Japan Trauma Data Bank (JTBD), entre 2004 e 2015, 260 hospitais de emergência foram avaliados.	Dos pacientes cadastrados no banco de dados, 8069 tiveram lesão medular (LM), em que 78% eram do gênero masculino, com uma média de idade de 63 anos. O segmento mais acometido foi o nível cervical, com quedas ao nível do solo sendo a principal etiologia e predominando em pacientes mais velhos. Em pacientes mais jovens, acidentes de trânsito foram mais comuns.

Tabela 1: Artigos publicados entre 2018 e 2022, que foram analisados para o escopo deste estudo, divididos por autor/ano, objetivo, metodologia e conclusão.

No que se refere ao perfil epidemiológico do TRM, os estudos evidenciam uma predominância entre o gênero masculino^{14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,29}, com poucas evidências entre o gênero feminino²⁸, em um público misto, formado por jovens e idosos, com faixa etária entre 20 e 60 anos ou mais^{14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27}, com ênfase entre os jovens e adultos. Um outro aspecto relevante abordado é quanto ao nível de escolaridade, sendo o TRM encontrado muitas vezes entre pessoas com baixa escolaridade¹⁸ e condição econômica²⁵, sendo apontado em um dos estudos TRM em pacientes com estado civil solteiro²⁰.

Quanto à caracterização, os achados apontam que as principais etiologias do TRM são por causas externas¹⁸, principalmente acidentes automobilísticos e motociclísticos^{14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,28}, seguido por queda^{17,18,19,21,23,24,28,29}, queda por altura^{21,24}, ferimentos por arma de fogo^{14,17}, mergulho²⁶ e mergulho em águas rasas¹⁹.

Em relação aos níveis anatômicos acometidos no TRM, foram evidenciados respectivamente: segmento cervical^{15, 22,23,24,28,29}; segmentos torácicos^{16,18}; segmento lombar¹⁷, seguido por torácico e



cervical¹⁷; torácicos e cervicais¹⁹; cervical seguido por toracolombar²⁰; segmento torácico, seguido de cervical²¹; vértebras lombares²⁵ e; lombar, torácica, toracolombar, região cervicotorácica e cervical²⁷.

E, no que tange ao comprometimento neurológico no TRM, os estudos mostram que os casos podem apresentar déficit neurológico que pode levar à paraplegia e lesão completa^{14,19,26}, podendo apresentar inicialmente os sintomas de dormência ou formigamento nas extremidades²⁶.

Diante dos resultados encontrados, a discussão deste estudo se dará nas seguintes categorias: etiologia do trauma raquimedular; perfil socioeconômico, demográfico e educacional; e aspectos clínicos.

Discussão

Etiologia do trauma raquimedular

As etiologias mais frequentes são os acidentes automobilísticos e motociclísticos seguidos por queda^{30,33,34}. Há estudos que evidenciam que tal circunstância justifica-se pelo fato de haver uma correlação com a faixa etária mais jovem, em que esses indivíduos são mais propensos a sofrerem acidentes de trânsito principalmente em países mais desenvolvidos, causados por padrões sociais e culturais pré-determinados e pela tendência a assumir riscos consequentes de etilismo e alta velocidade^{33,34}.

Em relação à população mais atingida, esta é constituída pelo gênero masculino e idosos, que se fundamenta pelo fato de que esses indivíduos estão mais propensos a lesões medulares por questões sociais, culturais e biológicas, como por exemplo o etilismo, alta velocidade e violência. Em relação aos idosos, o avanço da idade promove diversas alterações físicas, predispondo ao risco de quedas³⁰.

Desta maneira, os achados deste trabalho demonstram haver predominância do TRM entre jovens e adultos, de etiologia principal os acidentes automobilísticos. Por outro lado, as quedas são mais comuns na população idosa pelas características particulares desta idade, como mencionado anteriormente.

Perfil socioeconômico, demográfico e educacional

Em um estudo transversal usando uma base de dados do Japão, foram incluídos 25.792 pacientes que sofreram algum tipo de trauma medular. Houve um predomínio do gênero masculino e indivíduos com idade acima de 66 anos foram os mais prevalentes. Isso justifica-se pelo fato de a grande maioria da população ser idosa, além da alta predominância de estenose espinhal entre os japoneses, podendo agravar quedas simples³¹.

A despeito de existir maior acometimento do trauma raquimedular em homens, por motivos já citados nesta revisão, há estudos que apontam um aumento significativo na proporção de mulheres que



tiveram este tipo de trauma em 2020²¹, o que indica a possibilidade de haver uma mudança de perfil de gênero. O aumento mencionado pode ser explicado pela ascensão feminina no mercado de trabalho e na sociedade em geral, auxiliando-as na aquisição de automóveis e predispondo a incorporação notável e frequente das mulheres no trânsito, fato este pouco comum nas décadas anteriores. Esse indicativo reforça ainda mais a necessidade de novos estudos epidemiológicos acerca da população mais atingida em acidentes envolvendo lesões medulares.

É bastante provável que o perfil socioeconômico, em conjunto com as particularidades demográficas de cada território, pode ser um fator influente na epidemiologia do TRM, visto que as características intrínsecas de cada país, no que se diz respeito à predominância de cada uma das múltiplas faixas etárias da população, são distintas por sofrerem influência de aspectos sociais, econômicos, culturais, dentre outros.

Quanto à baixa escolaridade e situação econômica apresentadas, estudos apontam que a falta de acesso à educação e, conseqüentemente, a escassez de campanhas sociais para conscientização dos fatores de risco para lesões medulares podem influenciar na pouca informação do público a respeito do assunto e da caracterização deste, além dos agentes causadores³².

Nesse sentido, vale ressaltar o quanto estas questões influenciam diretamente no acometimento do trauma e, ao mesmo tempo, enfatizar sobre a importância desses aspectos para propor um melhor entendimento das características do TRM.

Aspectos clínicos do traumatismo raquimedular

Com relação aos segmentos mais acometidos, estudos demonstraram uma predominância da região cervical como a mais atingida sendo justificada pela sua característica biomecânica, instabilidade e mobilidade, favorecendo fraturas e lesões medulares. Regiões de transição torácica e lombar também são constantemente acometidas, já que a etiologia causadora de uma lesão pode predispor a um determinado segmento da coluna, como por exemplo, acidentes envolvendo armas de fogo, que geralmente atingem a região torácica^{32,33}. As discrepâncias relacionadas à etiologia, população e características demográficas de uma região é uma limitação do estudo a ser considerada.

No que se refere à relação existente entre paraplegia, lesão completa e TRM, há evidências que indicam ligação direta entre elas, visto que o TRM é resultado de uma transferência de energia para a medula espinhal que leva ao rompimento de axônios, lesão de células e a ruptura de vasos sanguíneos e, conseqüentemente, para a instalação da lesão. Com a lesão instalada e através da análise dos tratamentos envolvidos, realizada pela Avaliação da Associação Americana do Trauma Raquimedular, é que se determinam os graus de comprometimento neurológico³⁵.



Dessa forma, essa visualização dos aspectos clínicos envolvidos no TRM contribui para uma análise mais criteriosa, abrangente e detalhada das condições e fatores necessários para o surgimento deste tipo de trauma, além de possibilitar a criação de novas abordagens dos profissionais ao se depararem com tais situações.

Considerações Finais

As evidências apresentadas apontam o processo epidemiológico no traumatismo raquimedular com maior visibilidade atrelada entre jovens e idosos do gênero masculino, com baixa escolaridade e condição social. A principal etiologia são os acidentes envolvendo carro e moto e o segmento mais acometido foi o cervical.

Contudo, é importante evidenciar que os artigos também ressaltam algumas discordâncias entre alguns estudos, principalmente relacionadas às etiologias, população e características populacionais, visto que a caracterização de cada um desses componentes é interdependente em razão do processo histórico, cultural, social, econômico, dentre outros, envolvidos e influenciadores de tais processos.

Ademais, vale ressaltar que são poucos os estudos atualizados nos últimos cinco anos sobre a temática, apesar das evidências apresentadas corresponderem com o objetivo proposto desta pesquisa, sendo necessária a realização de estudos mais profundos, que detalhem, com maior minúcia, outros fatores relacionados ao processo epidemiológico do TRM, proporcionando, dessa forma, mais convicção sobre a temática, de modo a este entendimento promover um manejo de qualidade por parte dos profissionais de saúde, além de possibilitar a criação de políticas públicas factíveis com a realidade vivenciada.

**Contribuição dos autores**

Marina Stancoloviche Veiga Brangioni e **Maryvânsley Nunes de Sá Reis** participaram na concepção e delineamento do trabalho, na obtenção, análise e interpretação dos dados; na discussão dos resultados, na redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo e na aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY-NC (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt_BR).

**Referências**

1. Machado A, Haertel LM. Neuroanatomia funcional. 3. ed: Atheneu; 2014.
2. Cerezetti CR, Nunes GR, Cordeiro DR, Tedesco S. Lesão medular traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. *Mundo saúde*. 2012;36(2):318-326.
3. Alvarenga KA, Mattos LL, Ribeiro GV, Luz FA, Gomes RS, Souza TF et al. Politraumatizado em choque medular por traumatismo raquimedular. In: III Seminário Científico da Facig; 2017 Nov 9-10; Manhuaçu, Brazil. Minas Gerais: Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu.
4. Barbosa FC. Ensino, pesquisa e extensão no Brasil: uma abordagem pluralista. 1. ed. Goiás: Conhecimento Livre; 2020. 7 p.
5. Ferreira LL, Marino LH, Cavenaghi S. Atuação fisioterapêutica no trauma raquimedular em ambiente hospitalar. *Rev. bras. ciênc. saúde*. 2012; 33:55-60.
6. Quadri SA, Farooqui M, Ikram A, Zafar A, Khan MA, Suriya SS et al. Recent update on basic mechanisms of spinal cord injury. *Neurosurg Rev*. 2020; 43:425-441.
7. Moraes DF. Traumatismo Raquimedular: Aspectos epidemiológicos, clínicos e radiológicos [dissertation]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2013. 89 p.
8. Torregrossa F, Salli M, Grasso G. Emerging therapeutic strategies for traumatic spinal cord injury. *World Neurosurg*. 2020; 140:591-601.
9. Moraes AM, Dias CP, Carneiro SR, Rocha RS, Rocha SO. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com traumatismo raquimedular de um hospital público no estado do Pará. *Rev CPAQV*. 2020;12(1):2-9.
10. Rouquayrol MZ, Goldbaum M, Santana EW, Gondim AP. Epidemiologia, história natural, determinação social, prevenção de doenças e promoção da saúde. In: Rouquayrol MZ, Silva MG. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2018.
11. Santos TS, Guimarães RM, Boeira SF. Epidemiologia do trauma raquimedular em emergências públicas no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(4):747-753, 2012.
12. Cavalcante ES, Miranda FA. Trauma da medula espinhal e cuidados de enfermagem. *Rev. bras. pesqui. saúde*. 2014;16(1):125-132.
13. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CL. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *REME rev. min. enferm*. 2014;18(1):9-12.
14. Cirino CP, Silva FA, Sandoval RA. Perfil epidemiológico de pacientes com trauma raquimedular atendidos no ambulatório de fisioterapia de um hospital de referência em Goiânia. *Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago*. 2018;4(1):81-90.
15. Zenatti GA, Souza V, Bandeira JL, Melo AR, Trombetta JP, Pietrobon E et al. Trauma raquimedular em acidentes automobilísticos: achados epidemiológicos e seu perfil sob novo aspecto. *J. Bras. Neurocir*. 2019;30(2):105-111.
16. Londono LL, Ballesteros ED, Garcia LA, Jimenez JA, Ginalis E, Marchesini N et al. Epidemiology of spinal cord injuries due to road traffic accidents in latin america: a systematic review [undergraduate thesis]. Bogotá:



- Universidad El Bosque, Facultad de Medicina; 2019. 33 p.
17. Moraes AM, Dias CP, Carneiro SR, Rocha RS, Rocha SO. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com traumatismo raquimedular de um hospital público no estado do Pará. *Rev CPAQV*. 2020;12(1):2-9.
 18. Müller BR, Cezillo MV, Oliveira BS, Matos LV, Silva NM, Monção SZ et al. Trauma raquimedular na emergência hospitalar: conduta e repercussões. In: Guilherme BL, organizators. *Trauma e emergência*. Paraná: Editora Pasteur; 2020. p. 230-39.
 19. Maia FM, Gonçalves MH, Casadevall MQ, Brasil EG, Pereira MG, Freitas JC. Perfil de pacientes com traumatismo raquimedular e visita pré-operatória de enfermagem. *Braz J Dev*. 2020;6(6):37923-37935.
 20. Paula MR, Santos K, Batista MA, Gonçalves RC, Reis SS. A importância da atuação da equipe no atendimento pré-hospitalar (aph) à vítima suspeita de trauma raquimedular. *Braz J Dev*. 2020;6(12):94196-94204.
 21. Pereira TG, Castro SL, Barbosa MO. Perfil epidemiológico do traumatismo raquimedular em um hospital de referência do Distrito Federal: um estudo retrospectivo. *Braz J Dev*. 2022;8(2):8708-8729.
 22. Palitot TF. *Traumatismo raquimedular e fatores associados em vítimas de acidentes de trânsito [master's thesis]*. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, Faculdade Rebouças de Campina Grande; 2018. 70 p.
 23. Chen J, Chen Z, Zhang K, Song D, Wang C, Xuan T. Epidemiological features of traumatic spinal cord injury in Guangdong Province, China. *J. Spinal Cord Med*. 2021;44(2):276-281.
 24. Costa GH, Silva JV, Petersen PA, Marcon RM, Cristante AF. Epidemiology of vertebral spine fractures in a hospital in São Paulo in the two-year period 2017-2018. *Coluna/Columna*. 2021;20(4):291-294.
 25. Sousa EJ, Hanna MB, Castro LM, Ishigaki BS, Monteiro AM. Epidemiological profile of patients with vertebral trauma at a reference center in the amazon. *Coluna/Columna*. 2021;20(3):201-206.
 26. Lurie T, Berman E, Hassan S, Jackson M, Falcon J, Najafali D et al. Early predictors of near-shore spinal injuries among emergency department patients. *J Emer Med*. 2021;60(1):17-24.
 27. Castillejos MA, Cadena JL, Romero RM, Rodriguez EB, Luna LM, Zetina CC. Frequency of vertebral fractures in high-energy trauma. *Coluna/Columna*. 2018;17(2):147-150.
 28. Tadros A, Sharon M, Craig K, Krantz W. Characteristics and management of emergency department patients presenting with C2 cervical spine fractures. *Biomed Res Int [internet]*. 2019 [cited 2022 Aug 21]; 2019:4301051. Available from: <https://doi.org/10.1155/2019/4301051>.
 29. Shibahashi K, Nishida M, Okura Y, Hamabe Y. Epidemiological state, predictors of early mortality, and predictive models for traumatic spinal cord injury: a multicenter nationwide cohort study. *Spine j*. 2019;44(7):479-487.
 30. Cardoso ML, Lucena LR, Santos SV, Silva VS, Silva LN, Rodrigues LA et al. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar mediante situações de trauma raquimedular. *Braz. J. Health Rev*. 2021;4(6):23997-24006.
 31. Tafida MA, Wagatsuma Y, Ma E, Mizutani T, Abe T. Descriptive epidemiology of traumatic spinal injury in Japan. *J Orthop Sci*. 2018; 23:273-276.
 32. Santos RA, Almeida ML, Silva MF. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular. *Fisiot. Bras*. 2013;14(3):215-220.
 33. Morais DF, Spotti AR, Cohen MI, Mussi SE, Neto JS, Tognola WA. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular atendidos em hospital terciário. *Coluna/Columna*. 2013;12(2):149-152.
 34. Pereira CU, Jesus RM. Epidemiologia do traumatismo raquimedular. *J Bras Neurocirurg*. 2011;22(2):26-31.
 35. Sousa EPD, Araujo OF, Sousa CL, Muniz MV, Oliveira IR, Neto NG. Principais complicações do Traumatismo Raquimedular nos pacientes internados na unidade de neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal. *Comun. ciênc. saúde*. 2013; 24(4):321-330.



ABSTRACT

The objective was to analyze the scientific evidence on the epidemiology of spinal cord trauma in emergencies, contributing to the knowledge of health professionals. This is an integrative literature review, with searches carried out in the databases of the VHL, Google Scholar and PubMed, using Health Science Descriptors, combined with the Boolean operator AND. Studies in Portuguese, English and Spanish, published between 2018 and 2022, with LILACS, BDEnf-Enfermagem and MedLine database filters were included; theses, monographs and duplicate studies were excluded, leaving 16 articles for analysis. The epidemiology of spinal cord injury was evidenced by a preponderance of males, more frequent among young and elderly people, with low education and economic conditions, the main etiology of car accidents and variable neurological impairment. It is concluded that the epidemiological process in spinal cord injury occurs more frequently among young and elderly males, with low education and social status. The main etiology is accidents involving car and motorcycle and the most affected segment was the cervical.

Descriptors: Spine, Epidemiology, Emergencies, Trauma, Spinal cord injuries.

Keywords: Spinal cord trauma; Description; Epidemiology; Emergencies.

RESUMEN

El objetivo fue analizar la evidencia científica sobre la epidemiología del traumatismo medular en emergencias, contribuyendo al conocimiento de los profesionales de la salud. Se trata de una revisión integrativa de la literatura, con búsquedas realizadas en las bases de datos de la BVS, Google Scholar y PubMed, utilizando los Descriptores de Ciencias de la Salud, combinados con el operador booleano AND. Se incluyeron estudios en portugués, inglés y español, publicados entre 2018 y 2022, con filtros de base de datos LILACS, BDEnf-Enfermagem y MedLine; Se excluyeron tesis, monografías y estudios duplicados, quedando 16 artículos para análisis. La epidemiología de la lesión medular se evidenció por predominio del sexo masculino, más frecuente entre jóvenes y ancianos, con baja escolaridad y condiciones económicas, principal etiología de los accidentes automovilísticos y afectación neurológica variable. Se concluye que el proceso epidemiológico en lesión medular ocurre con mayor frecuencia entre jóvenes y ancianos del sexo masculino, con bajo nivel educativo y social. La principal etiología son los accidentes entre auto y moto y el segmento más afectado fue el cervical.

Descriptores: Columna Vertebral, Epidemiología, Emergencias, Trauma, Lesiones de la médula espinal.

Palabras clave: Trauma de la médula espinal; Descripción; Epidemiología; Emergencias.

Submetido em 10/09/2022.

Aprovado em 05/11/2022.

Reflexões sobre Liderança e Autonomia no Existir de “Instituições Vivas” nas “Redes Vivas” de Atenção à Saúde



Reflections on Leadership and Autonomy in the Existing of “Live Institutions” in the “Live Networks” of Health Care (abstract: p. 20)

Reflexiones sobre Liderazgo y Autonomía en la Existencia de “Instituciones Vivas” en las “Redes Vivas” de Atención a la Salud (resumen: p. 20)

 CLÁUDIO ROBERTO FREIRE DE AZEVEDO

claudio.azevedo@samu.fortaleza.ce.gov.br
Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza
Rua Padre Guerra, 1350; Parquelândia. Fortaleza – Ceará CEP 60.455-365

 JULIANA ARAÚJO DE MEDEIROS

jumedeiros@orion.med.br
Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza

Uma “instituição viva”, em uma “rede viva”, deve manifestar a qualidade de “rede viva de si própria”, contribuindo para a vida nas redes às quais pertence, fomentando e movendo-se em um “sistema vivo”. Seu fluxo e refluxo de informações é importante para a autorregulação que surge com o aprendizado, perante os desafios da imprevisibilidade e impermanência. Trata-se de um estudo de reflexão, fundamentado na fenomenologia como base teórica filosófica, além da percepção dos autores sobre os temas abordados. Para permanecer viva, a instituição, mais do que fortalecer padrões e estruturas, deve ser capaz de criar padrões e estruturas, ganhando em flexibilidade, adaptabilidade e antifragilidade. Precisa-se de uma liderança distribuída que se articule em cima de consensos mobilizadores e colaborativos, sem perder sua própria autonomia; que forme e controle, de forma sutil, equipes autônomas e motivadas que sejam capazes de auto-organização e transcendência, de tomar iniciativas a partir de um diálogo interno de qualidade, assumir riscos, inovar e transferir seu aprendizado; que não manda, mas busca o consenso, não castra, não inibe, não restringe; que orienta, incentiva e convence, que não está querendo aparecer e está sempre aberto ao diálogo; capaz de promover o diálogo de sua equipe com o silêncio.

Descritores: Dinâmica não Linear, Vida, Aprendizagem, Política Organizacional, Gestão de Serviços de Saúde.
Palavras-chave: Pensamento Complexo, Sistemas, Redes, Vida, Resiliência, Antifragilidade, Liderança, Autonomia, Aprendizagem, Transcendência, Regulação, Gestão de Serviços de Saúde.



Introdução

O mundo não é um sistema linear. A realidade se estrutura como um organismo vivo, como um ecossistema complexo. Em um mundo complexo, soluções complicadas não funcionam nem há instituição capaz de controlar a quantidade de variáveis e eventos que ocorrem ou podem ocorrer simultaneamente. Nesses contextos, não importa o quanto detalhado e criativo seja o planejamento, pois ele será irrelevante para lidar com uma realidade sempre em movimento.

A gestão de sistemas de saúde, em cenários complexos caracterizados pela multiplicidade de conexões entre os atores, imprevisibilidade e mudanças constantes, deu origem à noção de "redes de atenção à saúde"¹, incorporando conceitos de fluxo (interconexão, inter-relação, integração e realimentação) e autorregulação². Uma "rede viva" é um sistema em constante fluxo e refluxo de informações, trazidas pelas conexões existenciais de indivíduos e coletivos^{3,4}, que se autorregula como forma de adaptação à realidade impermanente que se lhe apresenta constantemente.

"Ao fazer-se uso da complexidade para se compreender [... qualquer sistema], pressupostos tradicionais como o determinismo, o mecanicismo e a previsibilidade (linearidade) deixam de fazer sentido [... e] o grau de interconexão entre os agentes passa a ser determinante para a resiliência do sistema, visto que a maioria das suas ocorrências emergem destas interações".⁵ (p. 28)

Assim, a gestão de sistemas de saúde que se organizam como "redes vivas" e atuam em contextos de imprevisibilidade e impermanência, necessita de novas abordagens em substituição aos tradicionais "comando e controle planejados". O "comando e controle" não convivem bem com a adaptabilidade necessária a um contexto de mudanças.

Dessa forma, a autorregulação é a capacidade de autoaprendizado de um sistema, independente do "comando e controle", que faz com que novas estruturas e novos padrões organizacionais de interconexão e inter-relações se incorporem ao mesmo, frente à necessidade constante de adaptabilidade às mudanças. É uma competência crucial ao desenvolvimento e sobrevivência nas instituições de saúde: o sistema aprende com a imprevisibilidade, com a finalidade de manter sua estrutura uniforme, mas flexível às mudanças.

A designação "novas formas de organização do trabalho" (NFOT), muito utilizada na Europa nos



anos 1970⁶, foi uma semente dessa necessidade premente de busca de algo que, como um sistema vivo, estivesse em constante interação com o meio ambiente que o cerca, não perdendo de vista o que acontece consigo mesmo, para dar conta de um crescimento autossustentável, mesmo diante de adversidades internas e externas.

Equipes auto-organizáveis, que desenvolvem sua própria agenda e tomam iniciativas e riscos, são mais eficazes, em grande medida, em razão de sua adaptabilidade, [... o que nos leva ao] conceito de resiliência: a capacidade de um sistema absorver distúrbios e ainda manter suas funções e estrutura básica. [...] Em lugar de desenharem defesas robustas e especializadas, criam sistemas que absorvam ou mesmo se beneficiem das dificuldades.⁷ (p. 5-6)

Sistemas podem ser frágeis, robustos, resilientes ou antifrágéis. Para Taleb⁸, sistemas que se afetam pelos impactos são denominados de frágeis. Sistemas que absorvem os distúrbios, se recuperam, se adaptam, cedem, sobrevivem e resistem sem se quebrar, para manter sua estrutura (seus elementos) e forma (seu padrão de organização), são denominados sistemas robustos (quando fortalecem seus elementos) e/ou resilientes (quando fortalecem a inter-relação e a interconexão). Por fim, os sistemas que se beneficiam das adversidades, incorporando novos padrões e estruturas em vez de construir defesas robustas e resilientes, são denominados antifrágéis: “o estágio aprimorado da resiliência”⁵ (p. 18).

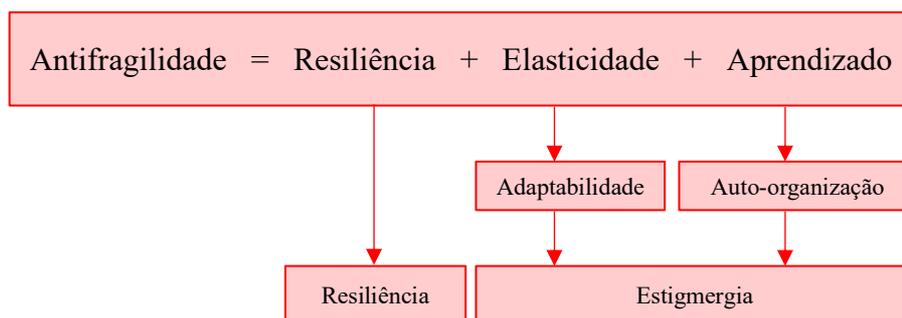


Figura 1: Significado de Antifragilidade (adaptado de Passos⁹)

Em um “sistema vivo”, seus elementos constituintes trabalham em conjunto, auto-organizando-se de forma a produzir resultados mais rápidos do que se agissem isoladamente. Cunhado por Pierre-Paul Grassé em 1959, “estigmergia é o mecanismo existente numa rede de elementos que agem em



consenso, através de ações indiretas e sem qualquer coordenação ou planejamento"⁵ (p. 15), pelo menos aparentemente:

"ao longo do tempo, as capacidades estigmérgicas – auto-organização, aprendizagem e adaptação – se agregaram ao mecanismo de resiliência, possibilitando aos sistemas resilientes não apenas resistirem aos choques, mas também beneficiarem destes, constituindo-se então antifrágeis"⁵ (p. 68-69).

Assim, a antifragilidade de "redes vivas"² depende do comportamento e da localização de seus elementos em determinado momento, influenciados que são por suas preferências e critérios prévios (aprendizagem e auto-organização prévios), determinando como se dará a dinâmica de suas interações e o fluxo de informação entre eles, em constante mudança com o passar do tempo. Há que se ter "diversidade, conectividade, [...] redundância, partilha de conhecimento, monitorização e feedback constante"⁵ (p. 36) para se produzir sistemas antifrágeis que se adaptam, aprendem e se auto-organizam.

Assim, propagar e impulsionar cooperação e aprendizado por pensamentos divergentes é de extrema importância para produzir esse padrão de organização de "sistemas vivos" ou "redes vivas", conscientes da própria complexidade adaptativa. Isso não se faz de uma forma centralizada vertical, de "cima para baixo", mas de uma forma horizontal que ascende de "baixo para cima", produzindo antifragilidade¹⁰: "das margens ao centro".

Enquanto **sistema**, derivado do grego *syn #hístanai* (fazer ficar junto), uma "instituição viva" surge quando "constituintes se colocam juntos" formando um "todo" organizado que funciona em sinergia, onde todas as suas propriedades essenciais são propriedades que nenhuma parte individual possui, pois surgem a partir das interações e das relações entre essas mesmas partes e pertencem somente ao "todo" que é a instituição. Enquanto **rede**, a característica básica de uma instituição viva é seu fluxo interno contínuo de transformação, que perpassa e transcende qualquer ponto seu.

Já enquanto **vida**, o conceito de Autopoiese (autoprodução) de Maturana e Varela ¹¹ nos aponta para sistemas e redes que continuamente se autoproduzem a partir de elementos externos a si mesmos: paradoxalmente autônomos e dependentes. Por isso entende-se sistemas vivos como sistemas adaptativos complexos: um conjunto de elementos interligados, com capacidade de se modificar, adaptando-se diante de necessidades e desafios, para fazer surgir novos elementos e



comportamentos. O aprendizado e o crescimento necessitam de ambientes impermanentes, onde as condições internas e externas presentes estão sempre em modificação, caóticas e variáveis.

“[...] o antifrágil aprecia a aleatoriedade e a incerteza, o que também significa a apreciação de certos tipos de erros, visto que a antifragilidade teria então a propriedade singular de nos capacitar a lidar com o desconhecido, de fazer as coisas sem compreendê-las — e fazê-las bem, de modo que em cada domínio ou área de aplicação, seria então proposto regras para conduzir o frágil na direção do antifrágil, reduzindo a fragilidade ou aproveitando a antifragilidade. Ou seja, se a antifragilidade seria uma propriedade de todos aqueles sistemas naturais que sobreviveram até os dias de hoje, privar esses mesmos sistemas de certa volatilidade, aleatoriedade e agentes estressores os prejudicaria, o que então os enfraqueceria, mataria ou os destruiria”.¹² (p. 344)

É dessa forma que os seres vivos se adaptam e buscam desenvolver a capacidade de sair mais fortes, quando em contato com fatores estressores: “da interação entre as suas partes resultam novos comportamentos sinérgicos, em que há um esforço coordenado das partes em prol de um objetivo comum”⁵ (p. 11). Assim, “instituições vivas” devem buscar se comportar como sistemas ou redes antifrágeis, saindo da lógica do “resistir e sobreviver” para o “sobreviver e evoluir”, saindo mais fortes de qualquer desafio. Há que se acreditar e investir na plasticidade das instituições e na transformação dos seus arranjos e interconexões a partir do seu aprendizado.

Esse estudo se justifica pela pouca literatura pertinente à construção de “instituições vivas” na saúde. Com ele procura-se refletir, na prática, como construir uma instituição de saúde que funcione como “rede viva de si própria”, produzida na relação entre seus elementos a partir de suas necessidades próprias, proporcionando serviços eficientes, acessíveis e de qualidade, totalmente integrados às redes à qual pertence? Como os atores que participam dessa “instituição viva” podem contribuir para esse processo de autopoiese?

Metodologia

Trata-se de um estudo de reflexão, fundamentado na fenomenologia como base teórica filosófica, além da percepção dos autores sobre os temas abordados. A pesquisa fenomenológica é um projeto descritivo que parte de uma busca pela essência pela suspensão de crenças prévias, para se obter



a compreensão da experiência vivida pelos indivíduos, para explicá-las em seus próprios termos e independentes de paradigmas externos¹³.

Buscou-se discutir estudos no campo da Biologia, da Complexidade, da Antifragilidade e Resiliência, da teoria das Redes, da Autopoiese, da Cibernética e da Governança voltados para a compreensão dos organismos vivos. O texto foi organizado em três partes, com abordagem nas temáticas: "Planejamento", "Fluxo de Informações" e "Tomada de Decisões".

Esse estudo seguiu as determinações da Resolução CNS Nº 510/2016 e da Carta Circular Nº 166/2018-CONEP/SECNS/MS, que dispensam a exigência prévia de registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP a estudos que versem sobre aspectos relacionados às práticas no serviço em que sejam respeitados os preceitos relacionados à privacidade dos participantes, a confiabilidade dos dados e a dignidade humana.

Resultados

Uma "instituição viva", elemento de uma "rede viva", nasce e cresce sem perder sua qualidade de "rede viva de si própria", contribuindo, ao mesmo tempo, para a vida nas redes às quais pertence, fomentando e movendo-se em um "sistema vivo". Seu fluxo e refluxo de informações é importante para a autorregulação que surge com o aprendizado, perante os desafios da imprevisibilidade e impermanência. Mas para permanecer viva, a instituição, mais do que fortalecer padrões e estruturas, deve ser capaz de fazer emergir novos padrões e estruturas, ganhando em flexibilidade, adaptabilidade e antifragilidade.

Precisando compreender como produzir um ambiente complexo dentro de uma instituição, dividimos essa reflexão em como uma "instituição viva" se planeja, como ela faz fluir energia em forma de informações e como se dá o processo de tomada de decisões.

Planejamento

Mais do que simplesmente criar e instituir fluxos, diretrizes e protocolos, a reorganização de qualquer instituição implica numa mudança de atitude de todos que a constituem. Não se consegue, por "comando e controle", implementar uma cultura colaborativa de interconexão e integração. Sempre que as pessoas são forçadas a se ajustar a novas condições surge uma dor,



com recursos desperdiçados, trabalhadores apreensivos, frustrados e dispensados, que poderia ter sido evitada se um processo ordenado de mudança organizacional fosse implementado.

Um planejamento e gestão baseados no “comando e controle” estão fadados ao replanejamento incessante, à medida que as ações planejadas comecem a ser implementadas, pois

“em ambientes complexos, caracterizados pelo desconhecimento de variáveis significativas, mudança e imprevisibilidade, não é possível prever o que irá acontecer. Assim, em lugar de se impor um caminho, é mais eficaz uma abordagem empírica e adaptativa, com tolerância a falhas e abertura a formas inovadoras de trabalhar durante a execução”.⁷ (p. 7-8)

A resistência à mudança é o resultado natural da tendência de um indivíduo ou de um grupo, dependendo do valor social dado aos padrões de comportamento no grupo, a se opor a forças que objetivam conduzir o sistema para um novo patamar de equilíbrio. Pode ser superada pela educação e comunicação, pelo estímulo à participação, envolvimento e cooperação das pessoas, ou pela facilitação, suporte, negociação ou acordo dos líderes.

Precisa-se descongelar um *status quo* inflexível e apresentar novas possibilidades para que se possam estabelecer mudanças na cultura da instituição. Tudo começa pela percepção das crises como oportunidades de crescimento e a criação de uma equipe com motivação e capacidade de liderança suficientes para desenvolver uma visão de futuro que direcione o esforço de mudanças e desenvolva estratégias para concretizar a visão. O comportamento colaborativo dessa equipe servirá de modelo para o comportamento da instituição, de forma a mobilizar e motivar outras equipes.

Essa motivação deve visar o empoderamento de todos como atores responsáveis pela eliminação de obstáculos e mudança de todos os fluxos e estruturas que possam minar a visão da mudança. Todas as pequenas conquistas devem ser reconhecidas/recompensadas e comunicadas a todas as outras equipes, como forma de revigorar o processo com novos projetos, temas e agentes de mudança. Dar atenção aos atores sociais e suas inter-relações é propiciar meios para que a inter-relação, interconexão e integração ocorram, para que os desafios no planejamento sejam abordados de uma forma mais ampla e a aprendizagem colaborativa ocorra.



Pensar em construção, crescimento e evolução de “instituições vivas”, mediante a imprevisibilidade dos cenários complexos, requer que se incluam o caos e o risco para a tomada de decisões. Requer “adotar novos métodos que forneçam *insights* úteis sobre a sensibilidade e a capacidade de ajuste dos sistemas perante [possíveis] variações futuras”⁵ (p. 26); inovar e agir de forma não tradicional. Requer que se desloque a atenção da verticalidade, do “comando e controle de um mundo previsível” para uma horizontalidade onde as relações entre os elementos sejam mais importantes que as tarefas propriamente ditas, reforçando a necessidade de integração e colaboração:

“em ambientes verdadeiramente complexos, as situações ultrapassam a habilidade de um único líder prever, monitorar e controlar. Equipes bem integradas e conectadas interna e externamente estarão melhor preparadas do que esse líder para decidir e inovar. [...] interações curtas, no sentido de desenvolver o trabalho em parcelas intermediárias com feedback constante, permitem que [...] mudanças possam ser mais rapidamente inseridas no projeto”.⁷ (p. 7-8)

Enfim, para se consolidar uma nova cultura institucional, deve-se associar os novos comportamentos, fluxos e estruturas com o sucesso organizacional, na forma de aprendizado coletivo, incentivando as equipes à cooperação e ao aprendizado colaborativo e ao desenvolvimento e formação de lideranças. Numa “instituição viva”, a atenção às lideranças constituídas hierarquicamente deve ser substituída pela atenção a todos os elementos (atores sociais) e ao conjunto de suas ligações (inter-relações entre os atores), propiciando fluxos de comunicação em múltiplos níveis:

“Visto que a grande maioria dos indivíduos possui n critérios que os interligam aos outros seres, e que várias dessas relações se alteram com o passar do tempo, o correto, para uma análise mais fidedigna dos cenários reais, e assim mais eficiente, é utilizarmos redes multilayers. [...] Estruturadas em várias camadas, em que cada uma representa um período ou um tipo de característica dos nodos ou da sua relação, as



redes multiníveis permitem-nos vislumbrar, de forma mais ampla e profunda, os sistemas e as relações entre os seus agentes".⁵ (p. 20)

Nesses cenários complexos, as instituições devem desenvolver certas características essenciais, que, atuando em conjunto, produzem flexibilidade e dinamismo frente aos desafios que se apresentam, que são¹⁴: autonomia para criar, frente a objetivos genéricos e desafiadores; fases de desenvolvimento sobrepostas pelas equipes; aprendizado baseado em múltiplas fontes de informação; controle sutil e transferência organizacional do aprendizado.

"Embora as equipes se autogerenciem, eles não são livres de controle. A instituição estabelece pontos de verificação suficientes para evitar que a instabilidade, a ambiguidade e a tensão se transformem em descontrole. Ao mesmo tempo, a administração evita o tipo de controle rígido que prejudica a criatividade e a espontaneidade. Em vez disso, a ênfase está no 'autocontrole', 'controle através da pressão dos colegas' e 'controle pelo amor', que coletivamente chamamos de "controle sutil".¹⁴ (p. 143)

A construção e refinamento de um planejamento estratégico deve acontecer ao longo do processo de trabalho e do "existir em redes vivas", se detalhando mais as ações de curtíssimo prazo (uma a duas semanas) e deixando as de médio e longo prazo apenas em linhas gerais. A busca por lacunas no conhecimento e por ideias novas devem ser metas a serem realizadas de forma integrada, envolvendo todos os atores interessados. Para isso, um ambiente seguro e acolhedor deve ser produzido, para que vínculos afetivos, produtivos e criativos sejam estabelecidos, em vez do tradicional "comando e controle": "mais do que traçar planos que descrevam tarefas minuciosas, o desejável é que se planejem essas relações entre pessoas, incluindo fornecedores e usuários da instituição. A inovação e a criatividade serão produtos do trabalho coletivo"⁷ (p. 9).

Fluxo de Informações

A formação dessas equipes, competentes e motivadas dentro de uma "instituição viva", é essencial às conexões e inter-relações entre todos. Em seu trabalho é necessário que uma certa tensão seja produzida, estabelecendo requisitos muito desafiadores, embora lhes dando grande liberdade para pensar. Para que possuam capacidade de auto-organização, essas equipes devem



possuir autonomia, manter um diálogo interno de qualidade (para reduzir problemas no desenvolvimento de seus trabalhos), possuir capacidade de transcendência (manutenção de um sentimento de pertencimento e consciência da importância de seu trabalho para a instituição) e serem multifuncionais¹⁴.

Não devem ser muito grandes, de cinco a nove pessoas⁷, não devendo se identificar com as especialidades individuais de cada um, mas com a visão de futuro da instituição e o valor do produto que se quer entregar ao usuário. Assim elas podem tomar iniciativas e assumir riscos, criando uma agenda e conceitos próprios, mas mantendo sua consciência holística de pertencimento a um sistema e interdependência nas interações entre todas as outras equipes. Para qualquer decisão funcionar, todos devem manter sua visão sistêmica.

Conformada uma equipe nesse padrão, o fluxo de informações deve ocorrer na forma de relatórios periódicos e retornos de realimentação – feedbacks, mas a documentação não substitui a inter-relação entre os coletivos, sua interação e integração com as demais equipes por meio de reuniões periódicas de avaliação. A equipe deve buscar essa interação e feedbacks, como forma de aprimoramento de seu trabalho, mantendo uma alta consciência de conexão com todas as demais equipes da "instituição viva".

"[Assim, devem existir] fluxos produtivos de informação entre as equipes, integrando-as de forma similar à integração entre os indivíduos que conformam uma única equipe. Para isso, [... defende-se] que sejam mantidas conferências abertas e transparentes, coordenadas pelas lideranças, com o objetivo de aproximar as pessoas da organização".⁷ (p. 12)

Tomada de Decisão

Embora a atribuição às equipes da capacidade de se organizar proporcione eficácia e redução de riscos, na forma corrente de gestão, baseada no "comando e controle", fica muito difícil trabalhar deixando as equipes livres em sua autonomia e auto-organização: "a superação das dificuldades impostas pelos ambientes complexos exige das organizações que incorporem coragem para confiar em suas equipes e deixem-nas livres para realizar seu trabalho"⁷ (p. 9).



Precisa-se caminhar do "comando e controle" para o monitoramento, conferência e reorientação; da avaliação e auditoria unilaterais para o acompanhamento, feedback e aprendizado multilaterais; da democracia da maioria para o consenso grupal; da governabilidade para a governança. Assim, a "instituição viva" deve cuidar da forma como todas as equipes interagem e se organizam, quando juntas, para garantir uma boa governança:

"enquanto governabilidade sugere atividades sustentadas por uma autoridade formal, pelo poder de autoridade que garante a implementação das políticas formalmente instituídas, governança refere-se a atividades apoiadas em objetivos comuns [...] e não dependem, necessariamente, do poder de autoridade para que sejam aceitas e vençam resistências".¹⁵ (p. 829-830)

Com a complexidade crescente enfrentada pelas instituições, a governança está se tornando cada vez mais difícil, principalmente em termos de segurança e qualidade de serviços ao usuário final. Para manter-se antifrágil, a instituição precisa legitimar a autonomia e a interação de suas equipes, para que comportamentos adaptativos e sinérgicos surjam em prol de um objetivo comum: o propósito, a missão e a visão de futuro da instituição. Nisso, uma avaliação das lacunas de conhecimento, inovações e criatividade desenvolvidas por todas as equipes têm um papel crucial.

O controle sutil da instituição deve ser mais relacionado ao foco e qualidade de trabalho, quantidade de documentação e macro gerenciamento das equipes, deixando as tomadas de decisão e controle para as equipes, para proporcionar ganhos em empoderamento, motivação intrínseca, satisfação, criatividade e produtividade: as decisões das equipes a envolvem nos seus resultados.

O consenso, advindo do diálogo, deve permear essas interações avaliativas institucionalizadas, e os modelos de avaliação devem integrar três dimensões: avaliação baseada em metas e objetivos, avaliação baseada em teorias e avaliação participativa¹⁶. Enquanto a avaliação baseada em metas é importante no monitoramento do que está sendo decidido em cada nível da instituição, mas não os porquês dos êxitos ou fracassos dos processos, a avaliação por teorias tenta



interligar os processos de trabalho às metas, buscando compreender que fluxos determinaram quais resultados.

Já as avaliações participativas têm a perspectiva da construção coletiva de um aprendizado "justo e útil para a ação": um recurso para compensar déficits na democracia e falhas na abordagem de desafios complexos e oferta de "soluções socialmente aceitáveis e potencialmente eficazes" nos campos social, político, educacional ou da justiça redistributiva¹⁶.

Assim, faz-se necessário se apropriar da complementaridade dessas formas de avaliação, como forma de responder aos desafios que se apresentam nas instituições, auxiliando-as na tomada de decisões. O processo de tomada de decisões é um processo de gestão de controvérsias necessárias, por vezes intensas, mas que devem ser trabalhadas num ambiente de confiança, cooperação e diálogo.

Uma "instituição viva" implica um "viver avaliativo" incorporado a todos os seus processos decisórios, de influência e de ação: institucionalizar a avaliação. A avaliação não produz diretrizes, mas informações que devem fluir e serem interpretadas conforme os diferentes contextos das equipes: é um poderoso recurso para criar aprendizagem e inovar nas instituições. Todas as informações devem ser colocadas a serviço da realimentação em todas as equipes e não a serviço de um "comando e controle".

"Não existe institucionalização da avaliação se não criarmos um grupo de líderes que vão impulsionar para institucionalizar tanto as capacidades quanto as competências na tomada de decisões. Chamamos isso de liderança coletiva".¹⁶ (p. S235)

Discussão

Na forma cartesiana de fazer gestão, os aspectos complexos de um mundo globalizado dificultam qualquer visão simplista de causa e efeito, pois a grande quantidade de variáveis e pontos nodais só pode ser objeto de planejamento dentro de uma visão sistêmica de mundo. Dentro de uma instituição, que tanto é o processo como o resultado da maneira como seus integrantes se articulam para a consecução de seus objetivos, isso se reproduz na imensa quantidade de visões de mundo dos elementos que a compõem. Assim, numa "instituição viva", os processos de gestão para a qualidade, planejamento, controle, avaliação e auditoria, demandam que essa visão sistêmica seja percebida por



todos que dela fazem parte:

"dentro de uma rede quase todas as responsabilidades mudam ou são compartilhadas constantemente, inclusive com e por pontos nodais externos à mesma. Assim, por si só, as redes são incapazes de produzir resultados planejáveis, pois necessitam de um esforço consciente, e em conjunto, de vários atores sociais, atratores que são, fazendo com que a atribuição de tarefas que causem impacto seja uma árdua tarefa, diante das inúmeras relações e interconexões de poder que se formam em todos os subsistemas".² (p. 14)

Todos os elementos (atores sociais) em uma "rede viva" são pontos nodais e, por isso mesmo, lideram em alguma medida a partir de seu próprio movimento autônomo de vida. Se, mesmo com um objetivo comum, não existe vínculo e escuta, as conversas não são diálogos e há "comando e controle" ocasionando desorganização e perda de foco, temos a produção de anomia. Teremos somente um grupo, com o resultado do grupo sendo menor que a soma dos resultados individuais.

Quando os integrantes do grupo começam a criar vínculo entre si, constroem relações de confiança e um ambiente de escuta e colaboração, o objetivo comum passa a ser o foco e o grupo se torna um time, capaz de auto-organização. Nesse ambiente de heteronomia, surge a democracia do falar e do escutar e as decisões começam a surgir em nome da coletividade. Aqui, o resultado do time é equivalente à soma dos resultados individuais.

Mas o nível de "estar equipe" precisa ser atingido, onde o resultado é maior do que a soma dos resultados individuais. Nele as pessoas são autônomas e as decisões não se fazem por maioria, mas por consenso, tomadas a partir de um ponto mais interno de cada um. A palavra **autonomia** (do grego *autonomía*), refere-se à capacidade de se guiar seguindo as suas próprias leis, de ter energia e movimentos próprios, ter "vida própria", ter ânimo (*ânima* ou "alma") para refazer-se, recriar-se e se desenvolver de modo próprio.

Autonomia é um conceito absolutamente sistêmico que precisa ser compreendido a partir das conexões e adaptações que cada ponto nodal faz, enfatizando mais os efeitos positivos resultantes de suas inter-relações (simbiogênese), no fluxo do tempo. Em um sistema vivo precisamos entender as relações do processo grupal de interconexões, entender o sistema pelo fluxo e não pelo ponto nodal. Assim, em uma "instituição viva" que continuamente se autoproduz, a liderança e autonomia individual (a "alma atratora") são naturalmente articuladas e colaborativas com os movimentos de vida dos



outros atratores do sistema, criando a "alma da instituição", sua autonomia.

Chegamos aqui aos conceitos de **liderança distribuída e autonomia colaborativa**^{17,18}, próprios dos atratores que se movimentam em campos complexos de geometria fractal. Temos que agregar a colaboração à autonomia: "um tipo diferente de liderança, que seja distribuída, informal, facilitadora, capaz de nutrir relacionamentos e lidar com complexidade"¹⁷ (p. 143).

Qualquer campo, entendido aqui como um espaço de influência e mediação da interação entre pontos individuais de energia, dialética ou até paradoxalmente precisa **interagir** com outros campos para, nesse processo, construir ou exercitar a própria identidade, a própria autonomia. Numa "instituição viva", cada movimento de uma equipe, autônoma em si mesma, proporciona um movimento articulado e colaborativo que movimenta o sistema inteiro, rumo a níveis cada vez mais complexos de comportamento.

Dentro de cada equipe, a palavra de ordem deve ser **interação**. Na ciência dos campos, a interação entre quaisquer pontos individuais de energia constitui uma ação recíproca entre esses pontos. De forma semelhante, dentro de uma equipe funcionando de forma colaborativa, essa interação é formada por processos sociais de **assimilação, acomodação, competição e conflito**, intra e interequipes:

- **Assimilação** ocorre quando um ponto (instituição ou ator social), não atrator momentâneo, se identifica completamente, assume inteiramente para si ou incorpora um movimento (ideia ou conceito) que surge na equipe, primário dela ou secundário a algum movimento externo a ela;
- **Acomodação** ocorre quando um ponto (instituição ou ator social) não se identifica completamente com um movimento (ideia ou conceito) que surge no grupo, posto que já está em movimento próprio, mas está, mesmo assim, "disposto" a incorporá-lo para seguir "na dança da vida" com a equipe;
- **Competição** ocorre quando um ponto (instituição ou ator social) já está em um movimento próprio e diferente do movimento que surge na equipe e oferece seu próprio movimento como alternativa. Esse processo sinaliza para uma possibilidade de mudança organizacional crítica emergente, que deve ser percebida e cuidada por todos os elementos da equipe; e
- **Conflito**, como a exacerbação, radicalização ou intensificação da competição, que pode ser



responsável por um salto de qualidade, uma cisão interna ou até mesmo à queda ou extinção da equipe¹⁹.

Numa instituição onde todos são líderes, todos são plenamente conscientes de suas habilidades e de suas deficiências, procuram exercitar-se onde estão deficientes e desenvolver novas habilidades, sabem quais são os seus deveres e os cumprem sem cobranças e, principalmente, são capazes de formar novos líderes. Num ambiente organizacional assim, o trabalho flui integradamente em estigmergia, como num formigueiro, sem ninguém emperrar o processo e cada qual sabendo da importância do seu papel.

Nessa construção, Ranulph Glanville enfatiza a cibernética, “não apenas como um campo de estudo, mas também uma maneira de pensar e agir”²⁰ (p. 206), ao que Gregory Bateson menciona como “ecologia da mente”, onde uma compreensão das interrelações sistêmicas e padrões de autorregulação faz as pessoas, como pontos nodais, aprenderem e se autorregularem²¹ (p. 12). Enfim, Stafford Beer fala da busca pela implementação do Modelo Viável de Sistemas²²⁻²⁴, para aumentar a probabilidade de que decisões tomadas sob condições de extrema incerteza se tornem eficazes, mesmo com todas as dificuldades inerentes de sua aplicação prática²⁵.

Para um sistema vivo ser viável, o grau de autonomia individual recomendada é função do propósito do sistema em relação a seu ambiente (interno e externo), dado a variabilidade existente. Isso claramente delimita a liberdade de todos dentro de qualquer organização²³ (p. 16), que passam a agir em prol do sistema e não de si mesmos. Como ninguém está apegado ao seu ponto individual de vista, o consenso surge naturalmente (estigmergia), provindo das profundezas misteriosas da consciência. Todos têm a visão sistêmica e coletiva do que está ocorrendo e agem de acordo com tal visão coletiva. Para Otto Scharmer²⁶, essa nova forma de liderança necessita de uma mente aberta, um coração aberto e uma vontade aberta:

- **Mente aberta:** suspender velhos hábitos de pensamento;
- **Coração aberto:** ver uma situação pelos olhos de outra pessoa (empatia); e
- **Vontade aberta:** deixar ir antigas ações do passado e deixar o novo vir.

Dessa forma, o sucesso de qualquer interação vai depender da condição interior de quem interage, ou seja: “o sucesso de nossas ações [ou movimentos] como agentes de mudança não depende do que fazemos ou de como fazemos, mas a partir do lugar interior a partir do qual



operamos"²⁶. A importância dessa afirmação aponta para a importância da qualidade da atenção (consciência) que o fator humano dedica às ações que realiza dentro de uma equipe, à consciência presente em cada atrator, à qualidade da escuta em cada encontro interativo (interação): ao "sensibilizar-se no momento presente".

Considerações Finais

Um risco sistêmico ocorrerá sempre que, em uma instituição, rede ou sistema, um elemento ou fluxo não se comportar em prol do objetivo comum, levando outros elementos e fluxos a "cair" ou a acompanhá-lo em uma reação em cadeia. Quanto maior for essa "alma atratora", maiores serão as perdas ao longo do sistema. Geralmente isso se dá de forma imprevisível e aleatória, seguido de um mecanismo de "propagação da falha" ou "contágio". Assim, uma gestão de riscos apropriada deverá englobar fatores peculiares à instituição, rede ou sistema, e todas as externalidades não previsíveis.

Precisamos adentrar fundo em uma perspectiva de gestão centrada no fator humano e inserida num movimento de liderança, humanização do trabalho e de democratização da instituição até à autonomia sistêmica de seus atores. Uma nova forma de fazer gestão é uma necessidade premente já há algum tempo, "entendida como um dos meios essenciais para a sobrevivência e melhoria da competitividade das empresas no contexto de concorrência intensificada da economia global"⁶ (p. 41). Precisa-se de uma Rede de Saúde Viva composta de "instituições vivas" que se articulam em cima de **consensos mobilizadores**, sem perderem sua própria autonomia. Essas organizações vivas assim o permanecerão enquanto seu processo ordenador caótico interno distribuir a sua própria liderança interna de uma forma colaborativa.

Assim, a reflexão sobre esses conceitos convida a olhar constantemente tanto para dentro e para fora das instituições (grupos ou organizações na sociedade), como para dentro e para fora de si mesmo, enquanto ator social e "alma atratora". Olhar para o outro é calar, escutar verdadeiramente o que o outro tem para nos dizer, fitar seu olhar, esquecer de si e perceber o movimento do outro, suas necessidades e subjetividades, sem esquecer o olhar para nós mesmos, nossas necessidades e subjetividades.

Trazer a nossa vida à consciência é um trabalho de silêncio e introspecção. Mas uma vez percebido o que ocorre nessas outras dimensões nossas, e porque ocorre, seremos capazes de perceber o outro integralmente. É quando silenciarmos que percebemos o outro. Se é difícil conosco mesmos,



temos que admitir a dificuldade maior que é efetuar essa sensibilização em grupos.

Exercer uma liderança distribuída e uma autonomia colaborativa é ser capaz de perceber as qualidades do outro e incentivá-las, ser capaz de formar novos líderes e dar independência para eles, ser capaz de "guiar" os outros agindo nos bastidores. Esse líder não manda, mas busca o consenso, não castra, não inibe, não restringe. Esse líder orienta, incentiva e convence, não está querendo aparecer e está sempre aberto ao diálogo. Esse líder deve ser capaz de promover o diálogo de sua equipe com o silêncio...



Contribuição dos autores

Cláudio Roberto Freire de Azevedo participou na concepção e delineamento do trabalho, na obtenção, análise e interpretação dos dados; na discussão dos resultados, na redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo e na aprovação da versão final do manuscrito. **Juliana Araújo de Medeiros** participou na discussão dos resultados e na aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY-NC (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
2. Azevedo CRF de, Medeiros JA de. Reflexões entre Aprendizagem e Regulação no Existir das “Redes Vivas” de Atenção às Urgências. *Rev Chronos Urgência* [Internet]. 2021 Jan 31 [cited 2022 Feb 5];1(1):e1121.26. Available from: <https://chronos.samu.fortaleza.ce.gov.br/index.php/urgencia/article/view/26>
3. Maximino VS, Liberman F, Frutuoso MF, Mendes R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saúde e Soc* [Internet]. 2017 Jun [cited 2022 Jan 1];26(2):435–47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200435&tlng=pt
4. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos M de FL, Cruz KT da, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg saúde debate* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 1];(52):153–64. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774076>
5. Passos DS dos. Antifragilidade: como a Ciência da Complexidade pode auxiliar as Organizações [Internet]. [Lisboa]: Instituto Universitário de Lisboa; 2019 [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/19747>
6. Kovács I. Novas Formas de Organização do Trabalho e Autonomia no Trabalho. *Sociol Probl e Práticas* [Internet]. 2006 [cited 2022 Mar 19];52:41–65. Available from: <https://www.uc.pt/feuc/citcoimbra/Kovacs2006>
7. Paula MFM de. Ambientes Complexos e a Superação da Gestão por Comando e Controle nas Operações de Inteligência. *Rev Bras Inteligência* [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2022 Jul 30];(13):45–59. Available from: <https://rbi.hom.enap.gov.br/index.php/RBI/article/view/149>
8. Taleb NN. Antifrágil: coisas que se beneficiam com o caos. 15ª Edição. São Paulo: Best Business; 2014. 664 p.
9. Passos DS, Coelho H, Sarti FM. From Resilience to the Design of Antifragility. *PESARO 2018 Eight Int Conf Performance, Saf Robustness Complex Syst Appl*. 2018;1(c):7–11.
10. Carlisle YM, McMillan E. Complex Adaptive Systems and Strategy as Learning. In: Little SE, Go FM, Poon TS-C, editors. *Global Innovation and Entrepreneurship: Challenges and Experiences from East and West*. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 43–60.
11. Maturana H, Varela F. De Máquinas e Seres Vivos: Autopoiese - a Organização do Vivo. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. 138 p.
12. Augusto GL de M, Ferreira RAM. Antifragilidade Democrática: *Rev Vianna Sapiens* [Internet]. 2020 Aug 29 [cited 2022 Jul 30];11(2):23. Available from: <https://www.viannasapiens.com.br/revista/article/view/671>
13. Garnica AVM. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 1997 Aug [cited 2021 Dec 25];1(1):109–22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831997000200008&lng=pt&tlng=pt
14. Takeuchi H, Nonaka I. The New Product Development Game. *Harvard Business Review* [Internet]. 1986;(64):137–46. Available from: <http://damiantgordon.com/Methodologies/Papers/The New Product>



Development Game.pdf

15. Andrade LOM de. Inteligência de Governança para apoio à Tomada de Decisão. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 Apr [cited 2019 Jun 22];17(4):829–32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400003&lng=pt&tlng=pt
16. Denis J-L. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2010 Nov [cited 2022 Aug 5];10(suppl 1):s229–333. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500020&lng=pt&tlng=pt
17. Scherer-Warren I, Lessa C, Adulis D, Wilson-Grau R. Vida em Rede: conexões, relacionamentos e caminhos para uma nova sociedade [Internet]. Martinho C, Felix C, editors. Barueri: Instituto C&A; 2011 [cited 2021 May 14]. 229 p. Available from: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39126911/200920112733_vidaemrede.pdf?1444664417=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DVida_em_rede.pdf&Expires=1620999113&Signature=Y7bZ5WNt3bDdGlguv1rcks51e69if0o~HNf7T4Xfh026607V1RbNhqkS6uczWgVl8tnL8W6h
18. Silva LL da. Liderança Distribuída e Desempenho Organizacional: um estudo em unidades descentralizadas de negócios [Internet]. [Nova Lima]: Fundação Dom Cabral; 2019 [cited 2022 Aug 20]. Available from: <https://ci.fdc.org.br/AcervoDigital/Dissertações FDC/MPA 2019/Dissertação Lilian Lira da Silva.pdf>
19. Massoni NT. Ilya Prigogine: uma contribuição à filosofia da ciência. *Rev Bras Ensino Física* [Internet]. 2008 [cited 2022 Jan 1];30(2):2308.1-2308.8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-11172008000200009&lng=pt&tlng=pt
20. Stralen M de S Van. Dynamic architectural systems: parametric design and digital fabrication towards conversational customisation [Internet]. [Belo Horizonte]: Federal University of Minas Gerais; 2017 [cited 2022 Aug 20]. Available from: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/MMMD-B4RHUJ>
21. Hampshire MCS. O modelo do sistema viável na concepção da arquitetura de sistemas de informação: aplicação no contexto de incidentes em instalação de pesquisa na área nuclear. [Internet]. [São Paulo]: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo; 2008 [cited 2022 Aug 20]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3135/tde-09022009-183414/>
22. Beer S. Decision and Control: The Meaning of Operational Research and Management Cybernetics [Internet]. New York: John Wiley & Sons, Ltd. (UK); 1994 [cited 2022 Aug 20]. 587 p. Available from: https://syscoi.com/model.report/nkbtr.org/down/Stafford_Beer_Decision_and_Control_The_Meaning_of_Operational_Research_and_Management_Cybernetics_1995.pdf
23. Beer S. The Viable System Model: Its Provenance, Development, Methodology and Pathology. *J Oper Res Soc* [Internet]. 1984 Jan 20 [cited 2022 Aug 20];35(1):7–25. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1057/jors.1984.2>
24. Kybernetes Editorial Team. Ten pints of Beer. *Kybernetes* [Internet]. 2000 Jul 1;29(5/6):558–72. Available from: <https://doi.org/10.1108/03684920010333044>
25. Orengo M. Theoretical notes regarding the practical application of Stafford Beer’s viable system model. *Kybernetes*. 2018;47(2):262–72.
26. Scharmer O. Liderar a partir do Futuro que Emerge: a evolução do sistema econômico ego-cêntrico para o eco-cêntrico. Rio de Janeiro: Editora Alta Books; 2019. 320 p.



ABSTRACT

A “living institution”, in a “living network”, must manifest the quality of “living network of itself”, contributing to life in the networks to which it belongs, fostering and moving in a “living system”. Its flow and reflux of information is important for the self-regulation that comes with learning, in the face of the challenges of unpredictability and impermanence. This is a reflection study, based on phenomenology as a philosophical theoretical basis, in addition to the authors' perception of the topics covered. To remain alive, the institution, more than strengthening patterns and structures, must be able to create patterns and structures, gaining flexibility, adaptability and anti-fragility. What is needed is a distributed leadership that is articulated on top of mobilizing and collaborative consensuses, without losing its own autonomy; that subtly form and control autonomous and motivated teams that are capable of self-organization and transcendence, of taking initiatives based on a quality internal dialogue, taking risks, innovating and transferring their learning; who does not command, but seeks consensus, does not castrate, does not inhibit, does not restrict; who guides, encourages and convinces, who does not want to appear and is always open to dialogue; able to promote his team's dialogue with silence.

Descriptors: Nonlinear Dynamics, Life, Learning, Organizational Policy, Health Services Administration.

Keywords: Complex Thought, Systems, Networks, Life, Resilience, Anti-fragility, Leadership, Autonomy, Learning, Transcendence, Regulation, Health Services Administration.

RESUMEN

Una “institución viva”, en una “red viva”, debe manifestar la cualidad de una “red viva de sí misma”, contribuyendo a la vida en las redes a las que pertenece, fomentando y moviéndose en un “sistema vivo”. Su flujo y reflujo de información es importante para la autorregulación que viene con el aprendizaje, frente a los desafíos de la imprevisibilidad y la impermanencia. Se trata de un estudio de reflexión, basado en la fenomenología como base teórica filosófica, además de la percepción de los autores sobre los temas abordados. Para mantenerse viva, la institución, más que fortalecer patrones y estructuras, debe ser capaz de crear patrones y estructuras, ganando flexibilidad, adaptabilidad y antifragilidad. Necesita de un liderazgo distribuido articulado sobre consensos movilizadores y colaborativos; que formen y controlen con sutileza equipos autónomos y motivados, capaces de autoorganizarse y trascender, de tomar iniciativas a partir de un diálogo interno de calidad, de asumir riesgos, de innovar y de transferir sus aprendizajes; que no manda, sino que busca el consenso, no castra, no inhibe, no restringe; que guía, alienta y convence, que no quiere aparecer y está siempre abierta al diálogo; capaz de promover el diálogo de su equipo con el silencio.

Descriptores: Dinámicas no Lineales, Vida, Aprendizaje, Política Organizacional, Gestión de los Servicios de Salud.

Palabras clave: Pensamiento Complejo, Sistemas, Redes, Vida, Resiliencia, Antifragilidad, Liderazgo, Autonomía, Aprendizaje, Transcendencia, Regulación, Gestión de los Servicios de Salud.

Submetido em 20/08/2022.

Aprovado em 11/10/2022.