

Daniel Fernando Ribeiro
Adriano Mesquita Soares
(Organizadores)

A Saúde Pública e o Bem-Estar da Sociedade

Vol. 5



AYA EDITORA
2024

Daniel Fernando Ribeiro
Adriano Mesquita Soares
(Organizadores)

A Saúde Pública e o Bem- Estar da Sociedade

Vol. 5

Ponta Grossa
2024

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizadores

Prof.º Esp. Daniel Fernando Ribeiro

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Capa

AYA Editora©

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora©

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva

Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof.º Dr. Aknaton Toczek Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Dr. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria de Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues

Universidade Norte do Paraná

Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa

Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda

Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes

Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas

Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira

Instituto Federal do Acre

Prof.ª Dr.ª Rosângela de França Bail

Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

Universidade Federal do Piauí

**Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros
Rodrigues**

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

**Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira
Miranda Santos**

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues

Instituto Federal de Santa Catarina

© 2024 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). Este livro, incluindo todas as ilustrações, informações e opiniões nele contidas, é resultado da criação intelectual exclusiva dos autores. Os autores detêm total responsabilidade pelo conteúdo apresentado, o qual reflete única e inteiramente a sua perspectiva e interpretação pessoal. É importante salientar que o conteúdo deste livro não representa, necessariamente, a visão ou opinião da editora. A função da editora foi estritamente técnica, limitando-se ao serviço de diagramação e registro da obra, sem qualquer influência sobre o conteúdo apresentado ou opiniões expressas. Portanto, quaisquer questionamentos, interpretações ou inferências decorrentes do conteúdo deste livro, devem ser direcionados exclusivamente aos autores.

S125 A saúde pública e o bem-estar da sociedade [recurso eletrônico]. / Daniel Fernando Ribeiro, Adriano Mesquita Soares (organizadores). -- Ponta Grossa: Aya, 2024. 193 p.

v.5

Inclui biografia
Inclui índice
Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN: 978-65-5379-481-8
DOI: 10.47573/aya.5379.2.285

1. Ciências médicas. 2. Enfermagem. 3. Psiquiatria. 4. Serviço social. 5. Segurança do trabalho. 6. Saúde mental infantil. 7. Saúde bucal. 8. Enfermagem – Brasil. 9. Mortalidade infantil. 10. Telemática médica. I. Ribeiro, Daniel Fernando. II. Soares, Adriano Mesquita. III. Título

CDD: 610

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora LTDA

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53
Fone: +55 42 3086-3131
WhatsApp: +55 42 99906-0630
E-mail: contato@ayaeditora.com.br
Site: <https://ayaeditora.com.br>
Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação..... 11

01

Uma análise acerca dos principais sinais e sintomas da Esquizofrenia Paranoide: os sintomas positivos e negativos 12

Raquel Rodrigues da Costa
Gláucio Diré Feliciano

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.1

02

Síndrome do Intestino Curto: uma revisão narrativa..... 26

Paulo de Tarso Muniz de Menezes
Georgiana Oliveira da Silva Gama
Samara Chaves Nepomuceno
Omar Ahmad Abou Abbas
Ana Luiza Bertho Pereira Sarmiento
Carlos Eduardo Gagliardi Tolo
Andréia Cristina Arantes de Souza
Luiz Fernando Arantes de Souza

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.2

03

AVC atingem mais os homens ou as mulheres? 37

Leticia Verona Balduino da Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.3

04

Um olhar sobre as intercorrências na utilização da toxinobotulínica 41

Caroline de Sousa Fortunato
Cintia Payá Domingues
Milton Gonçalves

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.4

05

Uma análise das concepções da Política Brasileira de Redução de Danos: uma revisão integrativa 54

Josias Correa Neto
Luciana Pereira Colares Leitão
Bruno Souza Santana
Larissa Alencar Oliveira
Marcia Pontes Alves
Rodson Melo Xavier
Sergio Mendes Dutra
Paulo César Silva Lemos
Victor Augusto Chaves Noletto Santos
Gabriela Santos Coelho

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.5

06

Perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Guarujá 66

Fernanda da Silva Paz
Tatiana Fátima Guilherme Brito
Wallace Fernando Rocha de Souza

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.6

07

Avaliação dos indicadores do previne Brasil nos municípios da região sul do Espírito Santo..... 75

Jaqueline Bragio
Amanda Gomes Ribeiro
Auriane Morellato Ferrari
Bianca Piumbini Rocha Calenzani
Flavia Colodete Sobroza
Priscilla Santos de Oliveira Rocha
Rafaela Werner Silva
Renata Bossatto de Barros

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.7

08

Serviço social e saúde no trabalho: uma questão de gênero..... 86

Leticia Alves Carvalho
Carla Denari Giuliani

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.8

09

A subjetividade da criança com TEA e processo de aprendizagem..... 96

Jaqueline Andrea Wojahn
Gláucio Diré Feliciano

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.9

10

Conhecimento de enfermeiros sobre normas técnicas na sala de vacina e sua influência na segurança do paciente..... 109

Sarah Vivian Costa Oliveira
João Luís Josino Soares
Pamela Campelo Paiva
Cleitiana Maria de Moraes Barbosa

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.10

11

A resiliência emocional na área de tecnologia 129

Jaison da Silva Sacramento

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.11

12

Segurança do paciente na assistência pré-hospitalar: aprimoramento nos últimos 10 anos (2013 a 2023)..... 137

Batuir Gonçalves Dias

Evandro Leão Ribeiro

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.12

13

A telessaúde rumo à universalização do acesso à saúde 147

Carlos Henrique Barbosa Rozeira
Marcos Fernandes da Silva
Barbara Cristina Antunes da Costa
Beatriz Cavalcanti Trindade Marins
Damiana Pereira da Silva Neves
Débora Vilas Calheiros Marques
Graziella Viana da Silva
Isabela Bezz dos Santos Gentil
Lilian Almerinda Moraes Brandão
Shirlei de Oliveira Soares Araújo

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.13

14

Enfermeiro como gestor clínico no centro cirúrgico, otimização do processo de agendamento cirúrgico: narrativa de literatura..... 160

Vanessa Trento
Kevelin Taiane Monteiro
Luciana Aparecida Fabríz

DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.14

15

A relação entre desigualdade econômica e saúde bucal: perspectivas da odontologia social 171

Vitor Manoel Costa
Wesley Bezerra do Nascimento
DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.15

16

Promoção e prevenção em saúde mental na infância: implicações educacionais 181

Suênia Lima Siqueira Silva
Wesley Bezerra do Nascimento
DOI: 10.47573/aya.5379.2.285.16

Organizadores 186

Índice Remissivo 187

Apresentação

É com grande satisfação que apresentamos o quinto volume da obra **“A Saúde Pública e o Bem-Estar da Sociedade”**, uma coletânea de estudos científicos que abordam temas relevantes e atuais no campo da saúde pública. Este volume reúne 16 capítulos, cada um dedicado a uma área específica, oferecendo uma visão abrangente e multidisciplinar sobre os desafios e avanços na promoção da saúde e bem-estar da população.

Os capítulos deste volume abordam uma ampla gama de tópicos, desde a análise dos sintomas da esquizofrenia paranoide e a revisão sobre a síndrome do intestino curto, até questões relacionadas à epidemiologia, como a mortalidade infantil no município de Guarujá e a avaliação dos indicadores do Previn Brasil na região sul do Espírito Santo. Além disso, são discutidos aspectos importantes da saúde mental, como a subjetividade da criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a resiliência emocional na área de tecnologia.

A obra também se dedica a explorar temas relacionados à segurança do paciente, tanto na assistência pré-hospitalar quanto no ambiente cirúrgico, destacando o papel do enfermeiro como gestor clínico no centro cirúrgico e a otimização do processo de agendamento cirúrgico. A universalização do acesso à saúde é abordada por meio da telessaúde, uma ferramenta cada vez mais importante no contexto atual.

Questões de gênero e desigualdade econômica também são contempladas neste volume, com capítulos que discutem o serviço social e a saúde no trabalho sob a perspectiva de gênero, bem como a relação entre desigualdade econômica e saúde bucal, trazendo reflexões pertinentes para a odontologia social.

Por fim, o livro destaca a importância da promoção e prevenção em saúde mental na infância, abordando as implicações educacionais desse tema crucial para o desenvolvimento saudável das crianças.

A diversidade de assuntos tratados neste volume reflete a complexidade e a interdisciplinaridade inerentes à saúde pública. Cada capítulo foi cuidadosamente elaborado por pesquisadores em suas respectivas áreas, trazendo evidências científicas atualizadas e insights valiosos para o avanço do conhecimento e a melhoria das práticas em saúde.

Esperamos que este livro seja uma fonte de informação e inspiração para profissionais de saúde, pesquisadores, gestores e estudantes, contribuindo para o fortalecimento da saúde pública e a promoção do bem-estar da sociedade. Agradecemos a todos os autores e colaboradores que tornaram possível a realização desta obra, e convidamos os leitores a explorarem as páginas a seguir, mergulhando no fascinante universo da saúde pública e suas múltiplas facetas.

Boa leitura!

Prof.º Esp. Daniel Fernando Ribeiro
Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Uma análise acerca dos principais sinais e sintomas da Esquizofrenia Paranoide: os sintomas positivos e negativos

An analysis of the main signs and symptoms of Paranoid Schizophrenia: the positive and negative symptoms

Raquel Rodrigues da Costa

Inter-American Faculty of Social Sciences - FICS - Master's in Education Sciences

Gláucio Diré Feliciano

Inter-American Faculty of Social Sciences - FICS - Master's in Education Sciences

RESUMO

Este estudo de revisão de literatura oferece uma análise abrangente dos indicadores fundamentais de forma específica da esquizofrenia paranoide. O texto se debruça sobre os sintomas tanto positivos quanto negativos, proporcionando uma compreensão aprofundada dessa condição psiquiátrica complexa. Os sintomas positivos da esquizofrenia paranoide, destacados no artigo, incluem delírios, alucinações e pensamento desorganizado. Esses aspectos intensificam a percepção distorcida da realidade experimentada pelos indivíduos afetados, resultando em comportamentos disruptivos e desafiadores. O estudo examina em detalhes a natureza desses sintomas, contribuindo para uma melhor compreensão de sua origem e impacto na vida cotidiana. Por outro lado, a análise dos sintomas negativos, como a diminuição da expressão emocional, o isolamento social e a falta de motivação, proporciona uma visão holística dos desafios enfrentados pelos portadores de esquizofrenia paranoide. O artigo explora as implicações desses sintomas na funcionalidade global do indivíduo, destacando a importância de estratégias de intervenção personalizadas. O documento revisado também aborda a interconexão entre os sintomas, enfatizando a complexidade da esquizofrenia paranoide como uma condição multidimensional. O entendimento dessas relações é crucial para desenvolver abordagens terapêuticas eficazes e promover uma melhor qualidade de vida para os pacientes.

Palavras-chave: Esquizofrenia Paranoide; sintomas positivos; sintomas negativos; delírios; alucinações.



ABSTRACT

This literature review study offers a comprehensive analysis of the key indicators specific to paranoid schizophrenia. The text delves into both positive and negative symptoms, providing an in-depth understanding of this complex psychiatric condition. The positive symptoms of paranoid schizophrenia, highlighted in the article, include delusions, hallucinations, and disorganized thinking. These aspects intensify the distorted perception of reality experienced by affected individuals, resulting in disruptive and challenging behaviors. The study examines in detail the nature of these symptoms, contributing to a better understanding of their origin and impact on daily life. On the other hand, the analysis of negative symptoms, such as decreased emotional expression, social isolation, and lack of motivation, provides a holistic view of the challenges faced by individuals with paranoid schizophrenia. The article explores the implications of these symptoms on the overall functionality of the individual, emphasizing the importance of personalized intervention strategies. The reviewed document also addresses the interconnection between symptoms, highlighting the complexity of paranoid schizophrenia as a multidimensional condition. Understanding these relationships is crucial for developing effective therapeutic approaches and promoting a better quality of life for patients.

Keywords: Paranoid Schizophrenia; positive symptoms; negative symptoms; delusions; hallucinations.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma condição mental intrincada, associada a diversas comorbidades emocionais e cognitivas, as quais podem ter impactos adversos na vida social e acarretar prejuízos nas relações com amigos próximos, familiares e cuidadores. Além disso, a doença pode ser um precursor para o desenvolvimento de quadros depressivos e até mesmo para comportamentos suicidas. Segundo Mota, Silva e Lopes (2017) a esquizofrenia vem sendo estudada em pesquisas desde 1896 como demência precoce por Kraepelin e mente cindida por Bleuler. Até que Schneider em 1887 auxiliou na identificação de sinais para a elaboração do diagnóstico classificando-os em sintomas de primeira ordem (SPO), sendo: ouvir os próprios pensamentos soando alto; escutar vozes sob a forma de argumento e contra-argumento; escutar, com comentários, vozes que acompanham as próprias atividades; ter roubo do pensamento e outras formas de influência do pensamento; ter percepção delirante.

Atualmente é catalogada como transtorno psiquiátrico de etiologia heterogênea pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais DSM-5 (Araújo e Neto, 2014). A esquizofrenia sendo uma síndrome heterogênea, afeta a capacidade do doente a diferentes níveis, nomeadamente da linguagem, da percepção, do pensamento, do afeto e da vontade (Lima; Silva e Batista, 2016).

A esquizofrenia paranoide é um subtipo de esquizofrenia caracterizada por sintomas de paranoia intensa e delírios persecutórios. Essa condição afeta a percepção da realidade de uma pessoa, levando-a a ter pensamentos distorcidos e a interpretar eventos de maneira peculiar.

De acordo com Palmeira, Geraldês e Bezerra (2013), no decorrer do último século

pesquisadores procuraram identificar quais sintomas se agrupavam mais frequentemente nos portadores de esquizofrenia. A proposta que ganhou maior aceitação na comunidade científica foi a de divisão entre sintomas positivos e sintomas negativos proposta por Crow (1982).

Conforme Gama, Souza, Lobato e Abreu (2004), a divisão dos sintomas em dois grupos, de acordo com a classificação de Crow, inclui também nos sintomas positivos, além de alucinações e delírios, exacerbações de funções normais, distorções, hiperatividade e hostilidade. Enquanto os sintomas negativos englobam, além do embotamento afetivo e a pobreza do discurso, isolamento social, avolia (prejuízo na vontade de querer) e desmotivação.

Os sintomas podem variar desde as alucinações, até sinais bem sutis ou pouco notados como achatamento afetivo ou incongruência e podem até passar despercebidos por familiares e amigos (Morais *et al.*, 2021).

Os indivíduos acometidos pela esquizofrenia paranoide têm mais sintomas positivos do que negativos. Os sintomas positivos são os comportamentos psicóticos que não observamos em pessoas saudáveis. Os indivíduos com sintomas positivos apresentam alucinações e delírios de forma a perder o contato com a realidade.

JUSTIFICATIVA

A esquizofrenia paranoide é uma forma específica de esquizofrenia caracterizada por sintomas como delírios persecutórios, alucinações auditivas, pensamento desorganizado e comportamento bizarro. Esta condição representa um desafio significativo tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde mental. A compreensão aprofundada dos sinais e sintomas específicos associados à esquizofrenia paranoide é crucial para o diagnóstico precoce, intervenções eficazes e melhoria na qualidade de vida dos indivíduos portadores.

RELEVÂNCIA

Diagnóstico diferencial: Uma análise detalhada dos sintomas positivos (como delírios e alucinações) e negativos (como apatia e isolamento social) da esquizofrenia paranoide é fundamental para diferenciar essa condição de outras doenças mentais. A identificação precoce permite a implementação de estratégias terapêuticas adequadas, melhorando as chances de recuperação.

Abordagem terapêutica personalizada: Compreender a natureza dos sintomas positivos e negativos possibilita a formulação de intervenções terapêuticas mais personalizadas. Terapias cognitivas, farmacoterapia e intervenções psicossociais podem ser adaptadas de acordo com a predominância de certos sintomas, visando maximizar a eficácia do tratamento.

Impacto na qualidade de vida: A esquizofrenia paranoide frequentemente interfere nas atividades diárias e nas relações interpessoais. Ao entender os sintomas específicos,

podemos desenvolver estratégias para mitigar o impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, promovendo uma maior autonomia e participação social.

Conscientização pública e redução do estigma: Artigos que abordam os sintomas da esquizofrenia paranoide contribuem para a conscientização pública sobre a natureza complexa desta condição. Isso não apenas ajuda na redução do estigma associado à esquizofrenia, mas também promove uma compreensão mais compassiva por parte da sociedade em relação aos desafios enfrentados por indivíduos com essa condição.

Base para pesquisas futuras: O conhecimento aprofundado sobre os sintomas da esquizofrenia paranoide estabelece uma base sólida para pesquisas futuras. Novos estudos podem explorar abordagens inovadoras de diagnóstico, tratamento e prevenção, impulsionando avanços significativos no campo da psiquiatria.

Este artigo de revisão busca preencher uma lacuna no entendimento dos sinais e sintomas específicos da esquizofrenia paranoide, oferecendo uma contribuição valiosa para a prática clínica, pesquisa e sensibilização pública. O conhecimento adquirido a partir deste estudo pode ter implicações profundas na abordagem e no tratamento dessa condição psiquiátrica complexa.

O objetivo geral deste artigo de revisão é analisar de maneira abrangente os principais sinais e sintomas da esquizofrenia paranoide, com foco especial na compreensão dos sintomas positivos e negativos associados a essa condição psiquiátrica complexa.

MATERIAL E MÉTODOS

Seleção da base de dados

Para identificar os estudos pertinentes, realizou-se uma busca sistemática em bases de dados científicas reconhecidas, como *PubMed*, *PsycINFO* e *Scopus*. Os termos de busca utilizados incluíram “esquizofrenia paranoide”, “sintomas positivos”, “sintomas negativos” e suas combinações, assegurando a abrangência e relevância dos artigos selecionados.

Crítérios de inclusão e exclusão

Estabeleceram-se critérios de inclusão, limitando a seleção a estudos publicados em inglês ou português, no período de 1975 a 2024. Foram excluídos artigos que não abordavam especificamente os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia paranoide, assim como aqueles que não apresentavam informações clinicamente relevantes.

Processo de seleção e triagem

Dois revisores independentes conduziram a seleção inicial dos estudos com base nos títulos e resumos. Posteriormente, os textos completos dos artigos selecionados foram avaliados em detalhes. Discrepâncias foram resolvidas por consenso ou, quando necessário, por um terceiro revisor.

Estratégia de extração de dados

Uma ficha de extração de dados foi desenvolvida para coletar informações relevantes dos estudos incluídos. Dados extraídos incluíram autor(es), ano de publicação, metodologia, amostra estudada, principais achados relacionados aos sintomas positivos e negativos, e metodologias específicas adotadas pelos estudos.

Avaliação da qualidade dos estudos

Foi realizada uma avaliação crítica da qualidade dos estudos incluídos, considerando critérios como desenho do estudo, tamanho da amostra, métodos de avaliação dos sintomas e possíveis vieses. Esta avaliação contribuiu para a interpretação e discussão dos resultados.

Síntese e análise dos dados

Os dados extraídos foram organizados e sintetizados de maneira a oferecer uma visão abrangente dos principais sinais e sintomas da esquizofrenia paranoide. A análise dos sintomas positivos e negativos foi realizada de forma comparativa, destacando padrões recorrentes e divergências nos achados dos estudos revisados.

Análise e discussão dos dados

Os sintomas positivos referem-se a experiências que se estendem para além do âmbito da realidade e são adicionais às experiências de uma pessoa sem a condição. Na esquizofrenia paranoide, esses sintomas positivos são predominantemente centrados em torno de uma intensa desconfiança e paranoia em relação aos outros e ao ambiente ao redor. Embora possam ser desafiadores e angustiantes, é importante compreender e abordar esses sintomas de maneira empática e sensível. Representam aqueles que o indivíduo tem a mais do que a população, têm qualidade de adição, como delírios e alucinações, considerados incomuns na população. Os sintomas negativos são aqueles que o portador tem a menos do que a população, como se dele fossem retiradas algumas características, como o ânimo, o interesse, a capacidade de socialização e a expressão das emoções e dos afetos. Dessa forma, o desinteresse, o isolamento social e a capacidade de socialização, características comuns na esquizofrenia, são considerados sintomas negativos. Independentemente do subtipo da esquizofrenia, os sintomas positivos e negativos se misturam em vários graus.

Um dos sintomas mais proeminentes da esquizofrenia paranoide é a presença de delírios persecutórios. Os indivíduos portadores desse transtorno podem acreditar firmemente que estão sendo perseguidos, vigiados, espionados ou conspirados contra. Mesmo na ausência de evidências concretas, essas crenças podem ser profundamente enraizadas e parecer muito reais para a pessoa afetada.

Outro sintoma comum é a alucinação auditiva, em que a pessoa ouve vozes que outros não conseguem ouvir. Essas vozes podem fazer comentários, críticas ou até mesmo dar ordens aos indivíduos, causando uma sensação de constante observação e controle as alucinações auditivas podem aumentar a sensação de paranoia e contribuir para o ciclo de desconfiança.

Além disso, a esquizofrenia paranoide pode manifestar-se através de mudanças no comportamento interpessoal. Os indivíduos podem se isolar socialmente, evitando contatos com os outros devido ao medo de que essas interações sejam prejudiciais ou perigosas. Isso pode levar a um ciclo de solidão e reclusão, o que por sua vez pode agravar os sintomas e dificultar o tratamento.

De acordo com Lacaz, Bressan e Mello (2005), os sintomas psicóticos, alucinações e delírios podem comprometer a capacidade de trabalho e de relações interpessoais por toda a vida.

Podemos definir os delírios como uma crença fantasiosa, que interfere no comportamento, nas relações, nas atitudes e como o indivíduo avalia e julga a realidade. As ideias parecem ter sentido, são compreensíveis, apesar de serem absurdas, além disso, um indivíduo pode ter mais de um tipo de delírio. Os delírios podem ter diversas ideias centrais, podendo ser de ordem persecutória, grandiosa ou mística, envolvendo alguma crença religiosa.

O delírio de perseguição, ou persecutório, é o mais comum na esquizofrenia paranoide e também pode ser chamado como mania de perseguição. Caracteriza-se por uma crença, uma ideia central de que a pessoa está sendo perseguida. O indivíduo assume uma postura de medo e defesa, o comportamento fica alterado, a atenção fica mais aguçada e passa a prestar atenção nos mínimos detalhes, atribuindo significados próprios para eventos normais do cotidiano. A percepção e a interpretação dos fatos passam a ter um significado próprio, atribuído pelo indivíduo a partir de suas crenças. Essas percepções e interpretações dão significado ao enredo delirante e costuram as ideias, transformando, assim o delírio em uma rede complexa de fatos e convicções que aprisionam a pessoa. Existem ainda os chamados delírios secundários, que derivam do delírio central e reforçam a ideia do delírio principal.

Os delírios, além de variarem conforme a sua complexidade e sistematicidade, são vivenciados pelo indivíduo como uma convicção extraordinária, uma certeza praticamente absoluta, que não pode ser modificado pela experiência (Jaspers, 1979).

O delírio de autorreferência também é muito comum na esquizofrenia e decorre da crença de que o indivíduo está em evidência, sendo o centro das atenções, como se tudo ao redor fosse referente a ele, achando que todos o olham ou o vigiam. Comumente se sente observado na rua, podendo ficar com medo de sair de casa.

O delírio místico ou religioso, como o próprio nome diz, envolve temas religiosos ou místicos e tem uma influência importante da cultura e da religião do indivíduo. De acordo com Palmeira, Geraldês e Bezerra (2013), esse tipo de delírio costuma ser o mais difícil de ser investigado, pois em muitos casos é confundido dentro da religião e recebendo um “tratamento espiritual” antes do tratamento médico.

Outro tipo de delírio é o de grandeza ou delírio megalomaníaco, no qual o indivíduo se sente melhor do que as outras pessoas, com dons especiais, como prever o futuro, influenciar o clima, ou acreditam ser alguém famoso ou um personagem histórico como Hitler ou Napoleão. Comumente vem acompanhado de atitudes de arrogância e prepotência.

Existem ainda outros tipos de delírios, como o de possessão, quando o indivíduo acredita estar possuído por um espírito ou encarnado em outro personagem. O delírio de influência, quando acredita ser capaz de influenciar outras pessoas por telepatia ou quando acredita que está sendo influenciado por alguém e que essa pessoa comanda seu corpo. O delírio de ciúme, quando acredita que está sendo traído por alguém que ama. O delírio hipocondríaco, quando acredita que está com alguma doença grave. O delírio de culpa, em que o indivíduo se culpa pela miséria, por guerras e catástrofes ou por eventos históricos como holocausto, gerando assim muito sofrimento. Os delírios de negação e de ruína em que o indivíduo acredita que está endividado, solitário ou isolado, apesar das evidências apontarem o contrário, ou ainda que seus órgãos estão funcionando mal. Esse tipo de delírio é mais comum quando há sintomas de depressão associados à esquizofrenia. E o delírio eritomaníaco, em que o indivíduo tem a convicção de que alguém está apaixonado por ele e assim se apaixona por alguém que na verdade não o corresponde.

As alucinações são percepções falsas de objetos que não existem, porém possuem as mesmas características como se fossem reais, de forma que o indivíduo perceba uma voz ou um objeto, por exemplo, sem que ele exista de fato. Uma pessoa pode confundir seus próprios pensamentos, como se alguém estivesse falando com ele. Delírios e alucinações podem ser reforçados um pelo outro, por exemplo, um indivíduo pode acreditar estar sendo perseguido (delírio) por estar ouvindo vozes (alucinação auditiva). Têm em comum a irrealidade, porém o domínio do comportamento e das atitudes e podem se sobrepor em diversos momentos. Enquanto o delírio é uma produção do pensamento, das ideias, enquanto a alucinação é uma produção dos sentidos. Por serem percepções sensoriais falsas podem ocorrer em qualquer um dos cinco sentidos, além de um chamado sexto sentido que seria a percepção do funcionamento interno do próprio corpo como batimentos cardíacos, respiração, etc.

As alucinações auditivas, apesar de serem encontradas em outros transtornos, são sintomas psicopatológicos característicos da esquizofrenia paranoide (Dalgalarrodo, 2000).

Os tipos de alucinações de acordo com os sentidos são:

- Audição: alucinações auditivas – barulhos estranhos, vozes de pessoas com ameaças ou comentando a seu respeito, murmúrios ou vozes cochichando;
- Visão: alucinações visuais – cores ou pontos luminosos, bichos, vultos, pessoas estranhas, objetos;
- Olfato: alucinações olfativas – cheiros de produtos químicos, de urina, de perfume, de podre, venenos, etc.;
- Tato: alucinações táteis – arrepios, agulhadas, sensação de bichos andando pela pele;
- Funcionamento corporal: alucinações cinestésicas – bichos andando no corpo, coração explodindo, cérebro derretendo, etc.

O indivíduo com muitas alucinações tende a ficar desatento, pois passa muito tempo prestando atenção nessas percepções irreais e é comum que não responda ou acompanhe

uma conversa, se isolando de forma progressiva.

A organização do pensamento e das ideias, a linha de raciocínio, a coerência do discurso de forma que se possa entender, o significado das palavras utilizadas, enfim, o emprego dos elementos linguísticos necessários à boa comunicação e entendimento entre as pessoas podem ficar alterados na esquizofrenia. Comumente indivíduos portadores têm discurso confuso, vago ou mesmo ininteligível. Entretanto, não se deve confundir a organização do pensamento com os delírios. Uma pessoa pode expressar suas ideias delirantes de forma ordenada e clara. Delírio e organização do pensamento são alterações independentes, mas que podem coexistir.

Alterações no comportamento são decorrentes dos principais sintomas da esquizofrenia, como os delírios e as alucinações, a desorganização do pensamento e os sintomas negativos e cognitivos. De forma geral, as alterações comportamentais mais contundentes acontecem em momentos de crise, como comportamento agressivo, cuidados com a aparência e asseio pessoal, inquietação, comportamento repetitivo, comportamento infantilizado, comportamento hipersexualizado e abuso de álcool e outras drogas. O comportamento agressivo e humor alterado do esquizofrênico, comumente, são limitados aos momentos de crise psicótica, em que o indivíduo se sente mais vulnerável, seja pelos delírios e pelas alucinações ou por sua desordem mental. O descuido com a aparência também é uma característica frequente, principalmente em períodos de crise, do comportamento de pessoas portadoras de esquizofrenia, pois é maior a sua atenção e preocupação com os delírios e alucinações. O comportamento inquieto e agitação psicomotora ocorrem quando o indivíduo entra em estado de alerta permanente, reagindo de forma desproporcional aos estímulos do ambiente. A inquietação ocorre quando seu estado de angústia extrapola os limites da sua mente e passa a refletir no corpo, podendo surgir acompanhada de impaciência e irritabilidade, tornando-o mais hostil. Alguns portadores de esquizofrenia desenvolvem rituais, manias ou são totalmente inflexíveis em seu dia a dia. Podem desenvolver sintomas obsessivo-compulsivos como mania de limpeza, ou colecionar objetos sem valor ou até mesmo lixo. A maioria desses comportamentos ocorrem de forma persistente e duradoura e, como dito, se intensificar em momentos de crise.

Alguns sinais podem ocorrer entre portadores de esquizofrenia paranoide, mas não são mais comuns entre portadores de esquizofrenia hebefrênica como o comportamento hipersexualizado e o comportamento regredido e infantil.

O uso e abuso de substâncias como o álcool, cigarro e drogas ilícitas é um dos principais problemas associados à esquizofrenia. A nicotina pode aliviar alguns efeitos colaterais dos antipsicóticos e seria o motivo pelo aumento do consumo de cigarros entre com a medicação. A utilização associada de álcool e medicamentos põe em risco a eficácia do tratamento pelo aumento da metabolização dos antipsicóticos.

Estima-se que até 50% dos portadores de esquizofrenia possam tentar o suicídio alguma vez na vida e até 15% terão sucesso em alguma das tentativas. O risco é maior durante as crises, principalmente devido aos delírios e às alucinações, mas também pode ocorrer em momentos de estabilidade, quando a pessoa se conscientiza das limitações impostas pelo transtorno, sentindo-se solitário e desamparado.

Carvalho, Freitas e Leuschner (2014) caracteriza a esquizofrenia de caráter crônico, que desperta grande preocupação, muito associada à sobrecarga evidente para a família e para a sociedade.

É importante ressaltar que os sintomas positivos da esquizofrenia paranoide não são uma escolha, mas sim manifestações de uma condição médica complexa. O tratamento é fundamental para ajudar as pessoas a gerenciar esses sintomas. Abordagens terapêuticas, como terapia cognitivo-comportamental e terapia de apoio podem ajudar os indivíduos a desafiar seus pensamentos paranoides e a desenvolver estratégias para lidar com a ansiedade e o medo. Além disso, a medicação antipsicótica pode ser prescrita por um profissional de saúde mental para reduzir os sintomas.

A esquizofrenia é uma condição psiquiátrica complexa que afeta a maneira como uma pessoa pensa, sente e se comporta. Maltese evidencia que a esquizofrenia:

Compreende um grupo de psicoses funcionais, portanto não causadas por qualquer lesão cerebral, que provocam desintegração progressiva da personalidade; [...] é também denominada demência precoce porque se manifesta na mocidade, ao contrário de demência senil. A causa da esquizofrenia constitui um dos grandes enigmas da psiquiatria (Maltese, s/d, p.130).

Os sintomas negativos da esquizofrenia são um grupo de sintomas que envolvem uma diminuição ou perda das funções mentais, emocionais e comportamentais que normalmente são esperadas em indivíduos saudáveis, interferindo significativamente na capacidade de uma pessoa de se envolver com o mundo ao seu redor e de levar uma vida funcional.

Segundo Palmeira, Geraldes e Bezerra (2013):

Os sintomas negativos contrapõem-se aos positivos em diferentes aspectos. São chamados de negativos porque representam funções mentais que estão reduzidas, como a afetividade e a vontade. São mais estáveis e duradouros ao longo do desenvolvimento do transtorno, enquanto os sintomas positivos estão mais relacionados às recaídas. Podem preceder o primeiro surto em alguns anos e se tornar crônicos com a evolução do transtorno e são chamados de sintomas deficitários da esquizofrenia. Os portadores se tornam gradativamente mais isolados, com a afetividade mais retraída, com menos envolvimento emocional e social, discurso vazio, sem propósito e com poucas ideias, sem iniciativa para as atividades, descuidando da higiene e aparência, com manias ou rituais repetitivos e com grande empobrecimento de seu cotidiano.

Dentre os sintomas negativos os mais comuns na esquizofrenia são:

- Apatia: indivíduos com sintomas negativos da esquizofrenia frequentemente experimentam uma perda de interesse ou motivação para realizar atividades cotidianas. Isso pode incluir uma falta de interesse em hobbies, trabalho, estudos e interações sociais.

A esquizofrenia e a apatia são dois estados emocionais e mentais que podem afetar profundamente a vida de indivíduos, influenciando suas percepções, emoções e interações com o mundo ao redor. Embora distintas em sua natureza, essas duas condições podem se entrelaçar e criar um desafio complexo para quem as vivencia e para aqueles que buscam compreendê-las.

Por outro lado, a apatia é um estado emocional caracterizado pela falta de motivação,

interesse ou entusiasmo pelas atividades cotidianas. É uma sensação de indiferença em relação ao mundo exterior, onde até mesmo atividades que costumavam trazer prazer podem parecer desprovidas de significado.

De acordo com Palmeira, Geraldles e Bezerra (2013), na esquizofrenia, a vontade está comprometida tanto em seus aspectos motivacionais como executivos. Os indivíduos ficam desmotivados, inertes, não se envolvem em atividades, ficam a maior parte do tempo ociosos e têm grande dificuldade em iniciar, persistir e concluir objetivos.

A interação entre a esquizofrenia e a apatia pode criar um ciclo complexo. A apatia pode resultar de sintomas negativos da esquizofrenia, como a falta de motivação para se envolver com o mundo exterior devido a distorções na percepção da realidade. Ao mesmo tempo, a apatia pode exacerbar os sentimentos de isolamento social, aumentando a sensação de desconexão da realidade.

-Anedonia: refere-se à incapacidade de sentir prazer em atividades que normalmente seriam gratificantes. Pessoas com esquizofrenia podem perder o interesse em coisas que antes lhes traziam alegria, tornando-se menos reativas a estímulos positivos.

Dr. Fishbein (1967, p.821) afirma que:

O esquizofrênico rechaça o mundo exterior e se fecha em seu próprio mundo. Seus atos se equacionam a esse mundo imaginário e por isto são difíceis de interpretar. Sua linguagem pode ser mutilada ou inteligível, e seus atos totalmente inadequados à situação externa, portanto são motivados por um mundo fantástico e pela sua incapacidade de perceber a realidade de uma maneira normal.

A anedonia é muitas vezes associada a uma série de fatores relacionados à esquizofrenia, como alterações neuroquímicas no cérebro, disfunções nas vias de recompensa e dificuldades cognitivas. Além disso, os sintomas positivos da esquizofrenia, como alucinações e delírios, podem desviar a atenção e a energia do indivíduo, contribuindo para a diminuição da capacidade de vivenciar prazer.

- Embotamento afetivo: esse sintoma envolve uma redução das expressões emocionais, tanto em termos faciais quanto verbais. As pessoas afetadas podem parecer emocionalmente distantes, com dificuldade em demonstrar emoções adequadas em situações sociais. Suas expressões faciais podem ser limitadas, e a variação na tonalidade da voz pode ser reduzida. Isso cria uma sensação de frieza emocional, como se a pessoa estivesse vivendo em um estado de neutralidade constante, independentemente das situações ao seu redor.

De acordo com Bock (2002, p. 352) a esquizofrenia é um:

[...] afastamento da realidade, o indivíduo entra num processo de centramento em si mesmo, no seu mundo interior, ficando, progressivamente, entregue às próprias fantasias. Manifesta incoerência ou desagregação do pensamento, das emoções e da afetividade. Os delírios são acentuados e mal sistematizados. A característica fundamental da esquizofrenia é ser um quadro progressivo, que leva a uma deterioração intelectual e afetiva.

É importante entender que o embotamento afetivo não significa que essas pessoas não possuem sentimentos, mas sim que sua capacidade de expressá-los está comprometida.

Essa falta de resposta emocional pode interferir nos relacionamentos interpessoais, pois os outros podem ter dificuldade em interpretar os sentimentos e intenções da pessoa com esquizofrenia. Isso, por sua vez, pode contribuir para o isolamento social e a incompreensão mútua.

- Pobreza do discurso: a pobreza do discurso se manifesta como uma diminuição na quantidade e qualidade da fala. Isso pode prejudicar a comunicação eficaz e pode se manifestar de diversas maneiras, incluindo respostas curtas e monossilábicas, dificuldade em elaborar pensamentos complexos, pobreza de vocabulário e um fluxo de fala fragmentado e incoerente. Os indivíduos afetados pela pobreza do discurso muitas vezes têm dificuldade em articular seus pensamentos de forma clara e coesa, o que pode levar a mal-entendidos e isolamento social.

Palmeira, Geraldine e Bezerra (2013) afirmam que os esquizofrênicos não possuem menos vocábulos ou fonemas do que as pessoas saudáveis, o que significa que a aquisição da linguagem foi completa. Porém, a utilização dessa linguagem é que parece estar comprometida.

Acredita-se que alterações nos circuitos cerebrais, neurotransmissores e processos cognitivos contribuam para esse sintoma. A falta de organização dos pensamentos pode resultar na incapacidade de manter um discurso lógico, o que por sua vez pode dificultar a participação em conversas significativas e dificultar a conexão com outras pessoas.

Além das implicações na comunicação, a pobreza do discurso também pode afetar negativamente a autoestima e a autoimagem dos indivíduos. Sentir dificuldade em se expressar adequadamente pode levar a sentimentos de frustração, vergonha e inadequação, o que pode reforçar o isolamento social, já que os afetados podem evitar situações sociais devido ao medo de serem incompreendidos ou julgados.

- Isolamento social: os sintomas negativos da esquizofrenia muitas vezes levam ao isolamento social. A falta de motivação para interagir com os outros e a dificuldade em sentir prazer nas interações podem levar à retirada social e ao isolamento.

O isolamento social é, muitas vezes, decorrente das alterações na percepção da realidade que os indivíduos com esquizofrenia podem experimentar.

Como já foi dito, pessoas com esquizofrenia podem vivenciar sintomas como alucinações, delírios, pensamento desorganizado e dificuldade em expressar emoções. Esses sintomas podem criar barreiras significativas na comunicação e na interação com os outros. Tais sintomas podem fazer com que a pessoa se afaste das relações sociais por se sentir incompreendida ou ameaçada pelos que estão ao seu redor. O pensamento desorganizado também pode tornar difícil para os indivíduos com esquizofrenia manterem uma conversa coerente, o que também pode contribuir por afastar as pessoas do seu convívio.

O estigma associado à esquizofrenia também contribui para o isolamento social, pois a falta de compreensão a respeito e os estereótipos negativos podem levar à exclusão e ao afastamento por parte de familiares e amigos o que, por sua vez pode aprofundar os sentimentos de solidão de isolamento.

- Falta de cuidados pessoais: pessoas com esquizofrenia podem apresentar dificuldade em manter hábitos básicos de higiene pessoal e autocuidado, como tomar banho regularmente, escovar os dentes e se vestir adequadamente.

Palmeira, Geraldês e Bezerra (2013) afirmam que o descuido com a aparência é frequente, principalmente nos momentos de crise, pois os indivíduos não percebem seu estado, tamanha sua preocupação e atenção nos aspectos agudos do transtorno.

A condição pode levar a uma desconexão da realidade, tornando tarefas diárias de higiene em desafios significativos. Isso ocorre devido a uma combinação de fatores, incluindo a desorganização cognitiva e a falta de motivação intrínseca que muitas vezes acompanham a esquizofrenia.

- Dificuldade de concentração: os sintomas negativos podem prejudicar a capacidade de concentração e foco. A pessoa pode ter dificuldade em realizar tarefas que exigem atenção e esforço mental. De acordo com Palmeira, Geraldês e Bezerra (2013), a dificuldade para concentrar-se por muito tempo leva ao desinteresse por leituras ou tarefas que exijam maior esforço cognitivo. Os pensamentos podem se tornar fragmentados e desorganizados, tornando a tarefa de manter a atenção em uma única atividade extremamente desafiadora.

- Alterações na linguagem corporal: a linguagem corporal pode ser afetada, com a postura e gestos sendo menos expressivos. Isso pode afetar a capacidade de comunicação não verbal.

A pessoa pode apresentar falta de expressividade facial, movimentos lentos e limitados, bem como pouca variação na entonação vocal. Essa chamada “apatia psicomotora” pode fazer com que as interações sociais pareçam monótonas e carentes de emoção. Gestos e posturas peculiares podem ser observados em pessoas com esquizofrenia. Algumas podem adotar posturas rígidas ou imóveis, enquanto outras podem exibir movimentos repetitivos ou desajeitados. Esses comportamentos podem ser acompanhados por alucinações ou delírios, levando a movimentos corporais aparentemente inexplicáveis para os observadores externos.

É importante notar que as alterações na linguagem corporal não são universais para todos os indivíduos com esquizofrenia, bem como a intensidade das mudanças pode variar amplamente.

É importante lembrar que os sintomas negativos da esquizofrenia podem variar em intensidade de pessoa para pessoa e ao longo do tempo. Esses sintomas podem ser desafiadores tanto para os indivíduos afetados quanto para seus entes queridos. O tratamento da esquizofrenia geralmente envolve abordagens multifacetadas, incluindo medicamentos, terapia psicossocial e apoio familiar, visando reduzir a gravidade dos sintomas e melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, a presente revisão de literatura buscou aprofundar a compreensão dos

principais sinais e sintomas associados à esquizofrenia paranoide, destacando tanto os aspectos positivos quanto os negativos dessa complexa condição psiquiátrica. Ao longo da análise, ficou evidente que os sintomas positivos, como alucinações e delírios, e os sintomas negativos, como a redução da expressão emocional e o retraimento social, desempenham papéis cruciais na manifestação e diagnóstico dessa variante específica de esquizofrenia.

Ao revisitar os estudos selecionados, observamos uma convergência de resultados que fortalece a compreensão da esquizofrenia paranoide como uma entidade clínica distinta, com características específicas que a diferenciam de outras formas de esquizofrenia. As abordagens terapêuticas e farmacológicas também foram discutidas, destacando a importância de intervenções precoces e personalizadas para otimizar os resultados para os pacientes.

Contudo, é imperativo reconhecer as limitações existentes nesta revisão. Dentre elas, destacamos a escassez de estudos longitudinais que investiguem o curso evolutivo da esquizofrenia paranoide e a necessidade de uma compreensão mais aprofundada dos fatores ambientais e genéticos que contribuem para o desenvolvimento dessa condição.

Diante disso, sugerimos que futuras pesquisas se concentrem em preencher essas lacunas, aprimorando nossa compreensão da esquizofrenia paranoide e, conseqüentemente, a eficácia das estratégias de intervenção. A integração de abordagens multidisciplinares e o desenvolvimento de métodos mais precisos de diagnóstico e monitoramento podem representar passos significativos na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos afetados por essa doença mental debilitante.

Em conclusão, a análise empreendida neste artigo fornece uma visão abrangente e atualizada dos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia paranoide. No entanto, instamos a comunidade científica a continuar explorando esse campo, visando contribuir para avanços significativos na compreensão e tratamento dessa condição clínica desafiadora.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. **A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 16(1), 67-82, 2014
- BOCK, A. M. B. **Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia**. 13.ed. São Paulo: Saraiva, 2002
- CARVALHO J.C.; FREITAS P. P.; LEUSCHNER A. **O doente com esquizofrenia e com filhos**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental; v. 12, p. 9-16, 2014
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000
- FISHBEIN, DR M. F. **Enciclopédia familiar da medicina e saúde**. Edição exclusiva para a Enciclopédia Barsa, volume I, 1967.
- GAMA, C. S.; SOUZA, C. M.; LOBATO, M. I.; ABREU, P. S. B. **Relato do uso de clozapina em 56 pacientes atendidos pelo Programa de Atenção à Esquizofrenia Refratária da Secretaria**

da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 26(1), 21-28, 2004

JASPERS, Karl. **The Phenomenological Approach in Psychopathology.** British Journal of Psychiatry. Reino Unido, v. 114, p. 1313-23, nov./1968 (originalmente publicado em Zeitschrift für die Gesamte Neurologie un Psychiatrie, 1912).

LACAZ, F. S.; BRESSAN, R. A.; MELLO, M. F. **A psicoterapia interpessoal na depressão em pacientes com esquizofrenia: proposta de um modelo terapêutico a partir de três casos clínicos.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27(3), 252-261, 2005

LIMA, T. M.; SILVA, J. G. R. R. E.; BATISTA, E. C. **Perfil Epidemiológico de Pacientes com Esquizofrenia em uso de Antipsicóticos de Ação Prolongada.** Revista Contexto & Saúde, Editora Unijuí; v.17, n.33, ISSN 2176-7114, p.3-16, 2017

MALTESE, G. M. **Grande dicionário de medicina.** São Paulo: Editora Maltese, s/d.

MOTA, Girlene Santos da; SILVA, Maria Jeane da; LOPES, Andressa Pereira. **Esquizofrenia e terapia cognitivo-comportamental: um estudo de revisão narrativa.** Ciências Biológicas e de Saúde Unit Alagoas v. 4 n. 2 p. 371-384 Novembro 2017 periodicos.set.edu.br

MORAIS, A. L. de J.; TELES, W. de S.; SILVA, M. C. da; TORRES, R. C.; BARROS, Ângela M. M. S.; ANDRADE, A. F. S. M. de; AZEVEDO, M. V. C.; DEBBO, A.; SANTOS JUNIOR, P. C. C.; CALASANS, T. A. S.; SILVA, M. H. S. **Schizophrenia and the nurse's role in treatment adherence: An integrative review.** Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 9, p. e43810918305, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i9.18305

PALMEIRA, Leonardo Figueiredo; GERALDES, Maria Thereza de Moraes; BEZERRA, Ana Beatriz Costa. **Entendendo a esquizofrenia.** 2ª edição. Editora Interferência, 2013.

Síndrome do Intestino Curto: uma revisão narrativa

Paulo de Tarso Muniz de Menezes
Georgiana Oliveira da Silva Gama
Samara Chaves Nepomuceno
Omar Ahmad Abou Abbas
Ana Luiza Bertho Pereira Sarmento
Carlos Eduardo Gagliardi Tolo
Andréia Cristina Arantes de Souza
Luiz Fernando Arantes de Souza

RESUMO

Introdução: A síndrome do intestino curto (SIC) é uma condição gastrintestinal considerada grave, que se dá pela redução cirúrgica do comprimento intestinal de modo que o comprimento residual é ineficiente para a devida absorção de nutrientes. **Método:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada a partir da base de dados PubMed/MEDLINE, com os descritores “Síndrome do Intestino Curto”, “Insuficiência Intestinal” e “Nutrição Parenteral”, unidos ao operador booleano “AND”. Foram abordados 16 artigos. **Desenvolvimento:** A síndrome do intestino curto é uma condição classificada anatomicamente em 3 tipos, de acordo com o tipo de abordagem cirúrgica. A SIC está diretamente relacionada à insuficiência intestinal, sendo a principal causa da doença. A SIC causa problemas em diversos órgãos do sistema gastrointestinal e renal. A principal linha de tratamento se dá pela adoção da nutrição parenteral, devendo ter por objetivo a conversão à nutrição enteral, visando o restabelecimento da função intestinal. **Conclusão:** A síndrome do intestino curto ainda é um assunto pouco conhecido, necessitando de mais estudos e de uma abordagem maior para que o diagnóstico seja preciso e o mais cedo possível.

Palavras-chave: Síndrome do Intestino Curto; insuficiência intestinal; nutrição parenteral.

INTRODUÇÃO

A síndrome do intestino curto é uma condição gastrointestinal considerada grave. Normalmente é classificada fisicamente, pela remoção cirúrgica do intestino delgado de modo a restar uma porção inferior a 200 centímetros. A síndrome pode ser causada por diversas doenças, como isquemia mesentérica, doença de Crohn, enterite por radiação e complicações cirúrgicas, entre outras (Bioletto *et al.*, 2022; De Dreuille *et al.*, 2021)



Os sintomas da SBS geralmente variam muito, mas comumente os pacientes apresentam dor abdominal, diarreia, desidratação e desnutrição. É sabido que os portadores da doença possuem má absorção de micronutrientes, perdas de líquidos e deficiências de vitaminas e minerais (Siddiqui *et al.*, 2020).

A doença é altamente diversificada, tendo seu espectro abarcando desde má absorção leves de um único micronutriente até uma insuficiência intestinal completa, de acordo com o comprimento restante do intestino delgado, bem como a porção restante de intestino e suas funções remanescentes (Massironi *et al.*, 2020).

Atualmente, a síndrome é considerada o mecanismo fisiopatológico mais frequente da insuficiência intestinal. A insuficiência intestinal é caracterizada pela redução do comprimento intestinal de modo a restar um tamanho abaixo do necessário para manter a absorção adequada de macronutrientes e água, causando a necessidade de alimentação e hidratação por outros métodos, geralmente por nutrição parenteral (Bioletto *et al.*, 2022; Belcher *et al.*, 2022; Mizushima *et al.*, 2022)

A síndrome do intestino curto pode resultar em sequelas sérias, que alteram e ameaçam a vida dos portadores da doença, devido à incapacidade de manter as necessidades de proteínas, líquidos, eletrólitos ou micronutrientes por meio da nutrição enteral. Isso pode resultar em múltiplas complicações, incluindo retardo de crescimento, sepse e morte (Shakhsheer; Warner, 2019).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada a partir da base de dados PubMed/MEDLINE, com os descritores “Short Bowel Syndrome”, “Intestinal Insufficiency” e “Parenteral Nutrition”, juntamente ao operador booleano AND.

Como critérios de inclusão, adotou-se artigos publicados entre os anos de 2018 e 2024, completos e gratuitos. Os artigos que atendiam aos critérios de inclusão tiveram seus títulos e resumos lidos e, após a exclusão dos artigos que fugiam ao tema proposto por esta revisão, foram abordados 16 trabalhos.

DESENVOLVIMENTO

A Síndrome do Intestino Curto

O comprimento do intestino delgado de um indivíduo adulto, medido do ligamento de Treitz até a válvula ileocecal costuma variar de acordo com sexo e idade, tendo margens entre 275 a 85 centímetros. Em homens adultos, o comprimento médio do intestino delgado é de 670 centímetros, enquanto em mulheres é de 599 centímetros (Muff *et al.*, 2022).

A incidência da síndrome do intestino curto é pouco conhecida, mas estima-se que cerca de 5 a 10 pessoas por ano por milhão de habitantes sejam diagnosticadas com a doença. Em adultos, a incidência da síndrome que causa necessidade de nutrição parenteral de forma crônica é estimada em dois pacientes por milhão de habitantes (Billiauws *et al.*,

2018).

As principais causas da síndrome do intestino curto se dividem entre infarto mesentérico, presente entre cerca de 45% dos casos e comumente secundário à isquemia mesentérica arterial ou venosa; enteropatia crônica pós-irradiação ou espru refratário, em cerca de 25% dos casos; complicações cirúrgicas, em cerca de 10% dos casos; doença de Crohn, entre 5-10% dos casos; e volvos, traumas ou outras causas raras, em cerca de 5% dos casos (Billiauws *et al.*, 2018; Cuerda *et al.*, 2021).

A síndrome do intestino curto é dividida de forma anatômica em três grandes grupos, são eles:

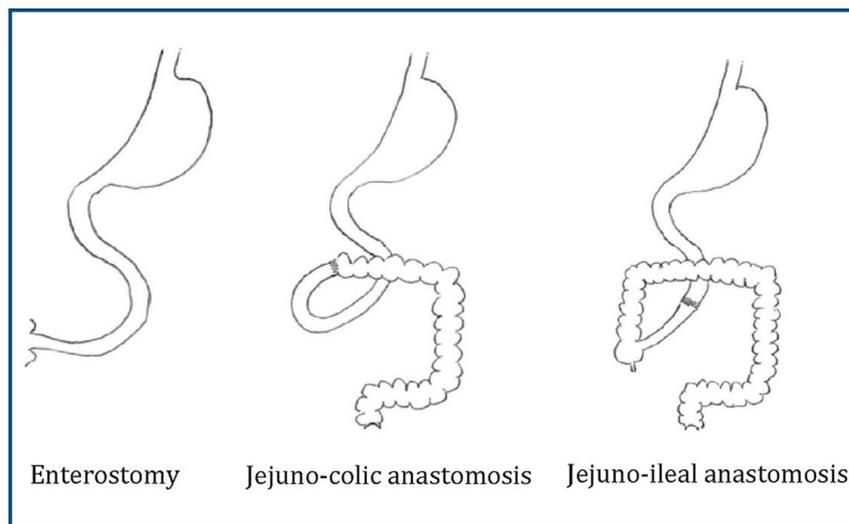
Tipo 1: Enterostomia terminal;

Tipo 2 - Anastomose jejuno-cólica;

Tipo 3 - Anastomose jejuno-ileal.

(Verbiest *et al.*, 2023; Cuerda *et al.*, 2021)

Figura 1 - Representações da divisão anatômica da síndrome do intestino curto.



Fonte: BILLIAUWS, L. *et al.* Prise en charge médico-chirurgicale du syndrome de grêle court. Journal de Chirurgie Viscérale, v. 155, n. 4, p. 286-295, set. 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2017.07.082>. Acesso em: 5 fev. 2024.

A síndrome do intestino curto se associa a perdas significativas de líquidos e eletrólitos, além da diminuição da absorção de macronutrientes, como carboidratos, gorduras, proteínas, vitaminas e minerais. Dentre os principais sintomas da síndrome, se incluem a diarreia, esteatorreia, desnutrição, desidratação e, em última análise, falta de crescimento (Muff *et al.*, 2022).

Nos tempos passados, a síndrome do intestino curto esteve fortemente associada a uma taxa de mortalidade altíssima. Com os avanços da medicina, sobretudo no campo de reposição de nutrientes, a taxa de sobrevivência e qualidade de vida foram aprimorados, melhorando o prognóstico da doença (Muff *et al.*, 2022).

Um estudo evidenciou que algumas particularidades do paciente podem aumentar seu risco de morte. A idade superior a 65 anos demonstrou 3,49 vezes maior chance de morte

(OR 3,49; IC 95%, 2,68–4,56; $P < 0,001$) e a presença de sepse 3,38 vezes maior chance de morte (OR, 3,38; IC 95%, 3,02–3,78; $P < 0,001$), sendo os dois principais fatores que podem diminuir a sobrevida do paciente. Ademais, a desnutrição grave, doenças hepáticas concomitantes, insuficiência cardíaca concomitante e presença de cânceres também se apresentaram como fortes causadores da diminuição da sobrevida dos pacientes com síndrome do intestino curto (Siddiqui *et al.*, 2020).

Disfunções do trato gastrointestinal e rins

No estômago, a partir da síndrome do intestino curto, é possível encontrar o esvaziamento gástrico acelerado, que pode ser mitigado por alimentos sólidos ou pela válvula ileocólica. Além disso, observa-se hipersecreção de ácido gástrico, também chamada de hipergastrinemia, que inativa enzimas pancreáticas, causando agravamento da diarreia, precipitação da úlcera péptica e piora da má absorção. Ademais, a presença de úlcera gastroduodenal pode ocorrer (Muff *et al.*, 2022).

A principal disfunção intestinal causada pela síndrome é a redução abrupta da absorção intestinal, causada principalmente pela diminuição da área superfície do intestino. Ademais, a aceleração da motilidade é comum, o que resulta em um déficit absorptivo, já que os alimentos precisam de tempo em contato com a parede intestinal para garantir uma boa absorção (Muff *et al.*, 2022; Cuerda *et al.*, 2021).

Recapitulando, alguns fatores que afetam diretamente a gravidade do distúrbio de absorção apresentado pelos pacientes com a síndrome são a aceleração do esvaziamento gástrico, a redução do tempo de trânsito intestinal, a hipersecreção de ácido gástrico e a perda de função específica da região que recebeu a ressecção. Esses e alguns outros fatores desencadeiam déficits minerais, de micronutrientes, sobretudo de vitaminas lipossolúveis, e distúrbios de hidratação (Muff *et al.*, 2022).

A porção do íleo é a mais adaptável do intestino delgado, ou seja, comparando cirurgias onde há a preservação do íleo com as que não há, observamos menores impactos negativos advindos da ressecção preservando o íleo. A porção é a que melhor utiliza os mecanismos adaptativos de aumento da área superficial de vilosidades, do aumento do comprimento, do diâmetro, das funções motoras e da capacidade absorptiva. Além disso, a absorção da vitamina B12 é extremamente mais efetiva nessa parte do intestino. Ademais, mais recentemente, evidenciou-se que as porções proximais do íleo são capazes de se diferenciar em epitélio jejunal, desempenhando a função de forma similar. Ademais, a região é uma das maiores responsáveis pela produção de peptídeo YY (PYY) e peptídeo semelhante ao glucagon 1 (GLP-1), que inibem a motilidade intestinal, resultando no aumento do tempo de trânsito intestinal; e do peptídeo 2 semelhante ao glucagon (GLP-2), que aumenta a absorção de nutrientes, mantém a integridade da mucosa e melhora o crescimento de vilosidades e criptas intestinais pequenas e grandes (Shakhsheer; Warner, 2019; Muff *et al.*, 2022).

Ademais, a demora em iniciar o tratamento nutricional é, atualmente, uma das maiores causas de insuficiência renal em pacientes com a síndrome. Um grande número de pacientes passa várias semanas em casa sem tratamento adequado antes de serem encaminhados para os centros de tratamento nutricional. A falha dos pacientes em seguir

as recomendações do centro, ou seja, consumir líquidos orais adequados, especialmente soluções de reidratação oral em vez de água ou bebidas açucaradas, pode ser outra causa de disfunção renal (Braszczyńska-Sochacka *et al.*, 2021; Cuerda *et al.*, 2021).

A insuficiência intestinal

A síndrome do intestino curto é considerada a causa mais comum da insuficiência intestinal. A fisiopatologia envolvida na relação das doenças se dá pelo comprimento restante do intestino e o tipo de montagem cirúrgica. Ou seja, em perdas de grandes comprimentos de intestino delgado, principalmente das regiões de maior absorção, caracterizando síndrome do intestino curto, a absorção pode ser comprometida de tamanha forma que desencadeia a insuficiência intestinal. O risco à insuficiência intestinal é maior em enterostomias terminais com comprimento restante inferior a 115, anastomoses jejuno-cólicas com comprimento restante inferior a 60 centímetros ou anastomoses jejuno-ileais com restante inferior a 35 centímetros (Billiauws *et al.*, 2018b).

A insuficiência intestinal é definida, segundo a Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN), como a redução da função intestinal abaixo do mínimo necessário para absorver macronutrientes e/ou água e eletrólitos, necessitando de suplementação endovenosa. Além da principal causa, a síndrome do intestino curto, outras causas podem incluir dismotilidade intestinal, fístula intestinal, obstrução mecânica e doença extensa da mucosa do intestino delgado. (Muff *et al.*, 2022; Cuerda *et al.*, 2021).

A adaptação intestinal

Após grandes perdas de tecido intestinal, as células e tecidos começam a se reordenar de forma a tentar suprir as perdas. A partir disso, a hiperplasia epitelial começa a ser observada nos primeiros dias após a ressecção intestinal, incluindo alongamentos das vilosidades restantes, como meio de tentar compensar o déficit absorptivo (Shakhsheer; Warner, 2019).

De forma grosseira, o intestino restante começa a se alongar e dilatar, resultando em aumento do peso do tecido intestinal e do conteúdo proteico. Além do alongamento das vilosidades, também é notável que as microvilosidades se proliferam no processo. O número total de enterócitos é aumentado. A hipertrofia das camadas musculares leva ao aumento da espessura da parede intestinal. (Shakhsheer; Warner, 2019).

Dentre as porções do intestino, o íleo demonstra maior capacidade adaptativa que o jejuno. Além disso, as alterações adaptativas do jejuno são predominantemente funcionais e não estruturais, com ênfase nas atividades do transportador e na atividade enzimática (Shakhsheer; Warner, 2019).

Além das mudanças anteriormente mencionadas, o processo de angiogênese intestinal leva ao crescimento de novos vasos sanguíneos no intestino, mediada por mudanças na expressão gênica. Ademais, as mudanças da expressão gênica também modulam positivamente os fatores de crescimento intestinal, levando ao crescimento antes mencionado (Shakhsheer; Warner, 2019).

A adoção concomitante de nutrição enteral se mostrou como o principal estimulador

da adaptação intestinal, de modo que as adaptações advindas da nutrição enteral não são vistas em indivíduos tratados somente com nutrição parenteral. Os nutrientes entéricos, especificamente os lipídeos, estimulam a adaptação intestinal por meio de hormônios tróficos gastrointestinais, dos quais o mais amplamente estudado é o peptídeo 2 semelhante ao glucagon (GLP-2). Este fator de crescimento intestinal é produzido pelas células L no íleo e no cólon. Isso levou à produção de teduglutida, um análogo do GLP-2 de ação prolongada que é administrado a adultos com síndrome do intestino curto dependente de NP e mostrou benefício na redução das necessidades de NP. Outros fatores de crescimento que foram estudados extensivamente, além do GLP-2, incluem hormônio do crescimento, fator de crescimento semelhante à insulina 1, fator de crescimento epidérmico, glicocorticosteroides, hormônio da tireóide e leptina (Shakhsheer; Warner, 2019).

Gestão dietética

Recomenda-se evitar bebidas hipotônicas, como água e café, nos períodos iniciais. Além disso, recomenda-se que a hidratação seja sempre realizada associada à eletrólitos e glicose, de modo a tentar corrigir os desbalanços ocasionados pela absorção reduzida. A dieta, quando possível, deve ser hipercalórica e com altos índices de proteínas. Alimentos derivados do leite são permitidos, mas devem ser evitados. Os alimentos sólidos devem receber preferência, devido ao esvaziamento gástrico mais rápido em pacientes portadores de síndrome do intestino curto (Billiauws *et al.*, 2018; Cuerda *et al.*, 2021).

Suplementos orais de zinco são necessários quando a diarreia excede 1.000 ml/dia. A má absorção de lipídeos ocasiona a má absorção de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K), necessitando de suplementação. Além disso, a suplementação de vitamina B12 é necessária após a ressecção ileal (Billiauws *et al.*, 2018).

Nutrição parenteral

A indicação de nutrição parenteral é feita de acordo com os parâmetros individuais do paciente, ou seja, do grau de ineficiência em absorver nutrientes e água. De modo anatômico, a indicação da parenteral é feita aos pacientes que passaram por enterostomia com comprimento remanescente de intestino menor que 115 centímetros, Anastomose jejuno-cólica com intestino remanescente menor que 50 centímetros e anastomose jejuno-ileal com intestino remanescente menor que 35 centímetros (Billiauws *et al.*, 2018b; Verbiest *et al.*, 2023)

O objetivo do tratamento com nutrição parenteral é suprir as necessidades fisiológicas de nutrientes, água e eletrólitos até que a autonomia enteral seja restabelecida. A autonomia enteral, segundo a Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral (ASPEN), é definida como “a manutenção do crescimento normal e do estado de hidratação por meio de suporte enteral sem o uso de suporte parenteral por um período superior a três meses consecutivos” (Muff *et al.*, 2022).

A quantidade da nutrição parenteral dependerá das necessidades energéticas do paciente, sendo portanto extremamente individual. As dosagens levam em consideração a necessidade teórica de energia, a absorção estimada da dieta oral e de água e eletrólitos. Além disso, a adição de micronutrientes, como vitaminas e oligoelementos é imprescindível

para manter o paciente bem (Muff *et al.*, 2022; Cuerda *et al.*, 2021).

A ingestão lipídica não deve ultrapassar a dosagem de 1 grama de lipídio por quilo por dia, visando prevenir doenças hepáticas relacionadas à nutrição parenteral. Ao passo que a absorção intestinal retoma suas funções e a ingestão oral melhora, as necessidades de nutrição parenteral tendem a diminuir. A partir do primeiro uso da parenteral, é extremamente necessário avaliar adequadamente as necessidades hidroeletrólíticas do paciente, com foco especial aos indivíduos submetidos a enterostomia terminal, por apresentarem perdas de água e eletrólitos mais acentuadas, havendo grande depleção de sódio e magnésio (Muff *et al.*, 2022; Verbiest *et al.*, 2023; Shakhsheer; Warner, 2019).

A nutrição parenteral domiciliar só deve ser cogitada quando o método em ambiente hospitalar estiver em seu nível máximo de otimização, com o equilíbrio perfeito de água e eletrólitos, o que demanda uma avaliação extremamente específica e minuciosa da gestão e ingestão de entrada e saída (Muff *et al.*, 2022).

Problemas da nutrição parenteral

As complicações agudas da nutrição parenteral incluem diarreia, desidratação, problemas eletrólíticos, obstrução e complicações associadas ao cateter – incluindo mau funcionamento e infecção da corrente sanguínea (Shakhsheer; Warner, 2019).

Dentre os principais problemas apresentados pela nutrição parenteral, o seu uso a longo prazo demonstrou fortes riscos ao desenvolvimento de doença hepática associada à insuficiência intestinal (IFALD). De acordo com as diretrizes da Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN), a nutrição oral ou enteral adequada, bem como a composição ideal da nutrição parenteral são os principais agentes na prevenção e tratamento desta complicação. Sendo assim, como citado anteriormente, é extremamente importante limitar o consumo de ácidos graxos de cadeia longa e ácidos graxos poliinsaturados, além de eliminar totalmente os fitoesteróis, de modo a tentar mitigar acometimentos hepáticos (Braszczyńska- Sochacka *et al.*, 2021).

Além disso, pacientes com insuficiência intestinal associada à síndrome do intestino curto podem se tornar dependentes de nutrição parenteral a longo prazo, o que por si só leva ao risco aumentado de complicações graves, redução da qualidade de vida e mortalidade. Programas de reabilitação intestinal a partir de drogas e procedimentos cirúrgicos podem facilitar os processos de adaptação intestinal, permitindo o desmame da nutrição parenteral (Mizushima *et al.*, 2022).

Ademais, cateteres venosos centrais, por onde a administração da nutrição parenteral é realizada, devem ser tratados com cautela. A manutenção dos cateteres deve ser feita com extremo cuidado, de modo a evitar quebras e oclusões, além do maior risco: infecções. Em pacientes com problemas recorrentes com o catéter, onde levam à perda do acesso central confiável, o transplante intestinal deve ser considerado (Shakhsheer; Warner, 2019).

Em um estudo realizado com 393 pacientes usuários de nutrição parenteral, as complicações mais encontradas foram sepse, infecções sanguíneas relacionadas a cateteres e distúrbios hepáticos foram as complicações mais comuns relacionadas à NP. A

sepsis se desenvolveu em 265 (67,4%) pacientes, as infecções sanguíneas relacionadas ao cateter se desenvolveram em 193 (49,1%) e os distúrbios hepáticos subsequentes se desenvolveram em 177 (45,0%) (Mizushima *et al.*, 2022).

Terapias medicamentosas

As terapias medicamentosas servem para combater os sintomas ou os efeitos advindos da síndrome do intestino curto. Segundo Billiauws e colegas (2018), são as principais drogas:

- 1) Loperamida: Para tratamento de diarreia, age na desaceleração da motilidade intestinal, diminuindo a frequência das evacuações e aumentando a absorção intestinal;
- 2) Inibidor de bomba de prótons: Age diminuindo a secreção de ácido gástrico, aumentando a absorção e a recuperação do epitélio.
- 3) Colestiramina: Age no controle da colérréia em pacientes com esteatorréia inferior a 20g por dia;
- 4) Carbonato de cálcio: Age no controle da colérréia;
- 5) Ácido ursodesoxicólico: Age na diminuição da colestase associada à nutrição parenteral;
- 6) Terapia antibiótica: Instituída contra bactérias gram-negativas e anaeróbias, com objetivo de tratar infecções associadas à diarreia;
- 7) Octreotida: Age na redução de 30% do fluxo para estomias de alto débito;

Diversas drogas de uso oral são mal absorvidas em pacientes portadores da síndrome do intestino curto, sobretudo naqueles em que a insuficiência intestinal se faz presente. Por vezes, algumas drogas, sobretudo opióides como a codeína e a loperamida, são prescritas em doses superiores às recomendadas pelas farmacêuticas e pelos centros internacionais, o que pode ocasionar ou intensificar dependências por opiáceos evitáveis (Azuz *et al.*, 2023).

A supressão de ácido gástrico nos primeiros meses é fundamental para combater a hipersecreção ácida após a ressecção. A falta de supressão leva à redução do pH, dificultando a absorção de gorduras e piorando sintomas da síndrome. (Shakhsheer; Warner, 2019).

A terapia a partir de medicamentos deve ser usada, também, como adjuvante da nutrição enteral. A suplementação de vitaminas e minerais é imperiosa, sobretudo de vitaminas lipossolúveis e vitamina B12. Os sequestradores de ácidos biliares podem ser benéficos em pacientes com diarreia por ácidos biliares, comumente observada em pacientes que tiveram seu íleo terminal ressecado. Outros agentes podem ser usados para controlar a diarreia, incluindo loperamida e octreotida. (Shakhsheer; Warner, 2019).

A teduglutida, um análogo recombinante do peptídeo-2 semelhante ao glucagon, vem sendo amplamente estudada no tratamento da síndrome do intestino curto. Atualmente, o fármaco está aprovado para uso em pacientes com idade igual ou superior a 1 ano nos

Estados Unidos e na Europa. Sua administração é realizada por via subcutânea, sendo rapidamente absorvida, atingindo níveis plasmáticos máximos em torno de 3-5 horas. Os seus efeitos atuam na ativação dos receptores GLP-2, que estimulam a hipertrofia da mucosa intestinal, aumentando a altura das vilosidades e a profundidade das criptas, inibem as secreções de ácido gástrico, retardam o esvaziamento gástrico, estimulam o fluxo sanguíneo intestinal e se combatem a estímulos inflamatórios (Marier *et al.*, 2021; Bioletto *et al.*, 2022).

Os medicamentos devem ser implementados de forma cuidadosa. As alterações de motilidade e a translocação de bactérias podem aumentar o risco do desenvolvimento do supercrescimento bacteriano (SIBO). Ademais, alguns medicamentos possuem capacidade de perturbar a microbiota fisiológica, o que também aumenta o risco à SIBO. Os problemas da SIBO incluem inflamação da mucosa, devido aos efeitos citopáticos ou reações imunológicas exacerbadas aos antígenos bacterianos, o que pode dificultar o processo de adaptação intestinal, representada pelo embotamento das vilosidades, danos à membrana e consequente redução da absorção (Muff *et al.*, 2022).

Além dos pacientes

A síndrome do intestino curto não traz malefícios somente aos portadores da doença. Cuidadores de pacientes com doenças crônicas, de forma geral, enfrentam encargos psicossociais e prejuízos relacionados à saúde na qualidade de vida. Um estudo realizado com 121 cuidadores, em sua maioria familiares, indicou que 28% deles relataram redução do número de horas de trabalho por causa do cuidado, com média de falta de 7% das horas de trabalho, além da redução de tempo produtivo no trabalho em $37\% \pm 23,1\%$ do tempo. Além das atividades laborais, 53% dos cuidadores relataram diminuição e limitação das atividades recreativas, mais de 30% relatou dificuldade em passar períodos com os demais familiares e amigos, e 87% relatou preocupação excessiva com a saúde do paciente (Jeppesen *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome do intestino curto é uma doença grave, que pode levar à insuficiência intestinal. Até certo ponto, o sistema gastrointestinal é capaz de se restabelecer. Para tal, a nutrição enteral deve ser sempre objetivada, já que possui capacidade de induzir a restauração e transformação do intestino residual. As terapias medicamentosas são utilizadas de acordo com os sintomas apresentados pelos pacientes. Além dos pacientes, seus cuidadores, em maioria familiares próximos, também sofrem muito com a doença, devendo então serem alvos de políticas públicas e hospitalares.

REFERÊNCIAS

AZUZ, Samuel *et al.* **Drug absorption from oral formulations in patients with short bowel syndrome: a comprehensive update of the literature.** *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, p. 1-24, 8 set. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17425255.2023.2256216>. Acesso em: 5 fev. 2024.

BELCHER, Emily *et al.* Management of short bowel syndrome: a survey of unmet educational needs among healthcare providers. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, 5 maio 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jpen.2388>. Acesso em: 5 fev. 2024.

BILLIAUWS, L. *et al.* **Medical and surgical management of short bowel syndrome**. Journal of Visceral Surgery, v. 155, n. 4, p. 283-291, set. 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2017.12.012>. Acesso em: 5 fev. 2024.

BILLIAUWS, L. *et al.* **Prise en charge médico-chirurgicale du syndrome de grêle court**. Journal de Chirurgie Viscérale, v. 155, n. 4, p. 286-295, set. 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2017.07.082>. Acesso em: 5 fev. 2024.

BIOLETTO, Fabio *et al.* **Efficacy of teduglutide for parenteral support reduction in patients with short bowel syndrome**: a systematic review and meta-analysis. **Nutrients**, v. 14, n. 4, p. 796, 14 fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu14040796>. Acesso em: 5 fev. 2024.

BRASZCZYŃSKA - SOCHACKA, Joanna *et al.* **Short bowel syndrome – experience from a home parenteral nutrition centre**. Archives of Medical Science, v. 17, n. 4, p. 1140-1144, 27 maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5114/aoms/136344>. Acesso em: 5 fev. 2024.

CUERDA, Cristina *et al.* **ESPEN practical guideline: clinical nutrition in chronic intestinal failure**. Clinical Nutrition, v. 40, n. 9, p. 5196-5220, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.07.002>. Acesso em: 5 fev. 2024.

DE DREUILLE, Brune *et al.* **Le syndrome de grêle court chez l'adulte**. médecine/sciences, v. 37, n. 8-9, p. 742-751, ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1051/medsci/2021110>. Acesso em: 5 fev. 2024.

JEPPESEN, Palle B. *et al.* **Impact on caregivers of adult patients receiving parenteral support for short-bowel syndrome with intestinal failure**: a multinational, cross-sectional survey. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 7 set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jpen.2248>. Acesso em: 5 fev. 2024.

MARIER, Jean-Francois *et al.* **Population pharmacokinetics and exposure-response analyses of teduglutide in adult and pediatric patients with short bowel syndrome**. Clinical and Translational Science, 17 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cts.13117>. Acesso em: 5 fev. 2024.

MASSIRONI, Sara *et al.* **Understanding short bowel syndrome**: current status and future perspectives. Digestive and Liver Disease, v. 52, n. 3, p. 253-261, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dld.2019.11.013>. Acesso em: 5 fev. 2024.

MIZUSHIMA, Tsunekazu *et al.* **Etiologies and treatments of chronic intestinal failure-short bowel syndrome (SBS) in Japanese adults**: a real-world observational study. Surgery Today, 23 fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00595-022-02469-9>. Acesso em: 5 fev. 2024.

MUFF, Julian L. *et al.* **Surgical treatment of short bowel syndrome—the past, the present and the future, a descriptive review of the literature**. Children, v. 9, n. 7, p. 1024, 10 jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children9071024>. Acesso em: 5 fev. 2024.

SHAKHSHEER, Baddr A.; WARNER, Brad W. **Short bowel syndrome**. Current Treatment Options in Pediatrics, v. 5, n. 4, p. 494-505, 11 out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40746->

019-00179-y. Acesso em: 5 fev. 2024.

SIDDIQUI, Mohamed Tausif *et al.* **Short-Bowel syndrome: epidemiology, hospitalization trends, in-hospital mortality, and healthcare utilization.** *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 17 dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jpen.2051>. Acesso em: 5 fev. 2024.

VERBIEST, Astrid *et al.* **The role of a colon-in-continuity in short bowel syndrome.** *Nutrients*, v. 15, n. 3, p. 628, 26 jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu15030628>. Acesso em: 5 fev. 2024.

AVC atingem mais os homens ou as mulheres?

Leticia Verona Balduino da Silva

Médica graduada pelo Centro Universitário de Votuporanga

RESUMO

O objetivo geral deste estudo foi investigar se os homens ou as mulheres são mais suscetíveis a AVCs, considerando variáveis como idade, fatores de risco e características biológicas, e para alcançar esse objetivo, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: estudo dos fatores de risco diferenciais por sexo, avaliação das taxas de mortalidade e morbidade pós-AVC, e investigação da eficiência e respostas ao tratamento. A metodologia utilizada para alcançar esses objetivos incluiu a revisão de literatura relevante e a análise de dados de fontes secundárias. A pesquisa revelou que homens têm maior prevalência em idades mais jovens enquanto mulheres apresentam um risco aumentado após a menopausa, com consequências mais severas, e concluiu que as diferenças de sexo são significativas, exigindo abordagens de prevenção e tratamento personalizadas. As considerações finais destacam a importância da continuidade da pesquisa no assunto para aprimorar o conhecimento atual e promover avanços futuros.

Palavras-chave: AVC; prevalência; fatores de risco; tratamento.

INTRODUÇÃO

Acidente Vascular Cerebral (AVC), comumente conhecido como derrame, representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. A incidência varia significativamente entre os sexos, um fenômeno que tem atraído crescente atenção da comunidade médica e científica. Este texto busca explorar, com base em estudos epidemiológicos e clínicos, se os homens ou as mulheres são mais suscetíveis, considerando variáveis como idade, fatores de risco e características biológicas.

Diversos estudos indicam que a prevalência é maior em homens do que em mulheres, especialmente em idades mais jovens. Este fato pode ser atribuído a vários fatores, incluindo diferenças biológicas e comportamentais. Homens, historicamente, têm maior incidência de fatores de risco como hipertensão, consumo de tabaco e álcool, e estilos de vida mais sedentários, o que aumenta significativamente o risco de AVC.

Investigar a prevalência e as diferenças de AVC entre homens e mulheres é o objetivo geral desta pesquisa. Portanto, serão analisadas as



fontes confiáveis e os avanços recentes na área, a fim de contribuir para o campo acadêmico e fornecer mais referencial para futuras pesquisas. A fim de alcançar esse objetivo geral e comprovar o conhecimento aprofundado sobre o assunto, foram elaborados os seguintes objetivos específicos: Examinar as taxas de incidência, focando em diferentes gêneros e faixas etárias; Analisar os fatores de risco associados em ambos os sexos, com ênfase em aspectos biológicos, comportamentais e ambientais.

A fim de atingir os objetivos estabelecidos e abordar as categorias necessárias, a questão de pesquisa foi definida da seguinte forma: Quais são as principais diferenças na incidência, fatores de risco, tratamento e desfechos de AVC entre homens e mulheres?

A pesquisa é então importante porque amplia a compreensão sobre como os sexos diferem em relação ao AVC, uma questão vital tanto para a academia quanto para a prática clínica. Ela contribui para a personalização de estratégias preventivas e terapêuticas, beneficiando a sociedade ao reduzir a carga do AVC. Além disso, destaca as lacunas na literatura atual e como esta pesquisa pretende preencher essas lacunas e contribuir para o acervo científico. Este estudo também tem implicações práticas significativas, incluindo o desenvolvimento de diretrizes clínicas específicas para cada sexo e a promoção de políticas de saúde pública mais eficazes. Ele fornecerá uma base sólida para futuras pesquisas, melhorando os cuidados e a qualidade de vida.

Neste estudo, o método empregado foi uma análise literária narrativa, envolvendo um exame detalhado de publicações relacionadas ao tópico em discussão. A coleta de dados foi feita consultando bancos de dados acadêmicos renomados, como Scielo, Capes e Google Acadêmico, além de livros e revistas científicas de importância. Também foram incluídos trabalhos escritos em português, inglês e espanhol.

Diante dos objetivos estabelecidos, o estudo se desenvolveu ao longo dos seguintes tópicos: Análise Epidemiológica do AVC; Consequências e Desfechos do AVC. Com a realização da pesquisa e o sucesso na resolução do problema, chegou-se a uma conclusão e uma bibliografia abrangente foi compilada.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO AVC

A prevalência entre homens e mulheres constitui um tópico de profunda relevância no campo da neurologia e da saúde pública. A incidência desta condição neurológica varia consideravelmente entre os gêneros, uma observação que suscita um exame detalhado das tendências epidemiológicas e dos mecanismos subjacentes a tais disparidades. Este exame abrange não apenas a frequência com que homens e mulheres são afetados por AVCs, mas também as peculiaridades na manifestação e nos fatores contribuintes associados a cada sexo (Barbosa *et al.*, 2021).

Em relação aos indivíduos do sexo masculino, observa-se uma maior ocorrência em faixas etárias mais jovens. Este fenômeno pode ser parcialmente atribuído a diferenças comportamentais e de estilo de vida mais prevalentes entre homens, tais como taxas mais elevadas de tabagismo, consumo de álcool e hábitos alimentares menos saudáveis (Schmidt *et al.*, 2019).

Por outro lado, o padrão de prevalência em mulheres apresenta características distintas. Embora mulheres mais jovens apresentem um risco menor em comparação aos homens da mesma faixa etária, esse cenário se altera com o avançar da idade, particularmente após a menopausa (Benetti e Bueno, 2019).

CONSEQUÊNCIAS E DESFECHOS DO AVC

A investigação das taxas de mortalidade e morbidade decorrentes do AVC é um campo de estudo crucial para a compreensão integral desta condição médica. A análise dessas taxas revela nuances importantes na maneira como afeta os diferentes gêneros, fornecendo determinantes para o aprimoramento das estratégias de tratamento e reabilitação (Gomes *et al.*, 2020).

Quando se observa a mortalidade associada, identifica-se que, embora a incidência da condição seja maior entre os homens em idades mais jovens, as mulheres, especialmente aquelas de idade avançada, enfrentam taxas de mortalidade superiores. Este padrão sugere que, apesar de serem menos frequentemente acometidas em comparação com os homens na mesma faixa etária, quando afetadas, as mulheres tendem a experimentar desfechos mais graves (Cardoso *et al.*, 2021).

No que diz respeito à morbidade, ou seja, as consequências a longo prazo, as diferenças entre homens e mulheres são igualmente significativas. As mulheres que sobrevivem frequentemente apresentam um grau maior de incapacidade funcional, enfrentando desafios mais acentuados na recuperação (Figueiredo, Pereira e Mateus, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de atingir as metas propostas, este estudo procurou elucidar a questão investigada relacionada à prevalência de AVC em homens e mulheres, através de um exame bibliográfico minucioso e criterioso. As fontes escolhidas ofereceram uma visão abrangente do tópico e possibilitaram uma avaliação precisa e crítica das informações reunidas.

Ao concluir o estudo, verificou-se que, embora a incidência mostre variações significativas entre os gêneros, com taxas ligeiramente mais elevadas em homens em comparação com mulheres em certas faixas etárias, os fatores de risco e as consequências pós-AVC apresentam nuances complexas que transcendem uma comparação direta baseada apenas no gênero. Esse resultado corrobora a suposição inicial de que as diferenças na prevalência são influenciadas por uma combinação multifatorial, incluindo aspectos biológicos, comportamentais e ambientais.

Contudo, é preciso enfatizar que mais investigações são necessárias para melhorar o entendimento atual e enriquecer o debate em torno do tema. A necessidade de estudos futuros focados em desvendar os mecanismos subjacentes às disparidades observadas é imperativa para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento mais eficazes e personalizadas. Ademais, a integração de dados multidisciplinares pode fornecer informes sobre as interações entre os fatores de risco e o impacto diferencial do AVC entre

os gêneros.

A pesquisa atual contribui para o campo acadêmico ao oferecer uma base sólida sobre a qual pesquisas subsequentes podem ser construídas, visando uma compreensão mais aprofundada das complexidades e suas distintas manifestações. Portanto, reitera-se a importância de abordagens investigativas ampliadas que considerem as nuances de gênero, a fim de promover um cuidado de saúde mais inclusivo e efetivo para todas as populações.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Anderson Matheus de Lima *et al.* **Perfil epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral no nordeste do Brasil.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 1, 2021.
- BENETTI, Lutieri Mateus; BUENO, André Luis Machado. **Acidente vascular cerebral em adulto jovem: análise dos registros do sistema de informação hospitalar.** Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem, v. 9, n. 27, 2019.
- CARDOSO, Mônica Christine Alves Cabral *et al.* **Estudo da prevalência de alterações periodontais em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral isquêmico.** Research, Society and Development, v. 10, n. 5, 2021.
- FIGUEIREDO, Ana Rita Gonçalves de; PEREIRA, Alexandre; MATEUS, Sónia. **Acidente vascular cerebral isquêmico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência.** HIGEIA: Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, 2020.
- GOMES, Lucas Ewerton Rodrigues *et al.* **Avaliação do pico de fluxo expiratório em indivíduos pós acidente vascular cerebral-AVC.** Revista FisiSenectus, v. 8, n. 1, 2020.
- SCHMIDT, Michelle Hillig *et al.* **Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: uma análise interdisciplinar.** Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 23, n. 2, 2019.

Um olhar sobre as intercorrências na utilização da toxinabotulínica

A look at the intercurrentcies in the use of botulinum toxin

Caroline de Sousa Fortunato

*Acadêmica do Curso de Biomedicina do Centro Universitário das Faculdades
Metropolitanas Unidas – FMU*

Cintia Payá Domingues

*Acadêmica do Curso de Biomedicina do Centro Universitário das Faculdades
Metropolitanas Unidas – FMU*

Milton Gonçalves

*Acadêmico do Curso de Biomedicina do Centro Universitário das Faculdades
Metropolitanas Unidas – FMU*

RESUMO

O presente estudo se desdobra a partir do tema: Um olhar sobre as intercorrências na utilização da Toxina Botulínica. Diante da percepção que na contemporaneidade existe uma crescente preocupação de homens e mulheres em buscar na esfera estética meios para o rejuvenescimento com o fim de lhe proporcionar bem-estar, surgiu a necessidade de trazer a discussão do tema. Sendo hoje indicada para inúmeras finalidades, tanto para uso medicinal, podendo ser destacada sua utilização em hiperidrose, blefarospasmo (contrações musculares involuntárias no entorno dos olhos), entre outros acometimentos, como para fins estéticos, o que faz de grande importância que haja uma análise acerca da Toxina Botulínica, suas técnicas de utilização, seus efeitos, sua importância na estética, assim, como de grande relevância o estudo no tocante as intercorrências ocorridas com o seu mau uso ou falta de técnica do profissional que a administra. Com base em tais levantamentos a pesquisa busca responder à questão: Quais os efeitos colaterais e intercorrências que podem ser evidenciadas a partir da má administração no uso da toxina botulínica? Questão que será respondida através da discussão do objetivo geral da pesquisa: Mostrar que a toxina botulínica além de ser uma grande aliada no ramo da estética e na medicina em geral, o seu uso indiscriminado pode trazer mazelas ao indivíduo, e da discussão dos objetivos específicos os quais serão apresentados no decorrer da pesquisa bibliográfica. Por fim, Justifica-se a escolha do tema, pôr ser observado que a população vem de fato fazendo cada vez mais o uso da toxina botulínica para procedimentos estéticos e fins medicinais, o que fez com que aumentasse o número de profissionais e clínicas estéticas voltadas para este fim, fato este que faz com que por vezes surjam indagações acerca da confiabilidade



de de tais profissionais, clínicas e centros estéticos, mostrando ser de extrema importância que haja o conhecimento a respeito das intercorrências que podem ocorrer a partir da má administração da toxina botulínica.

Palavras-chave: estética; toxina botulínica; intercorrências.

ABSTRACT

This study unfolds from the theme: A look at the complications in the use of Botulinum Toxin. Given the perception that in contemporary times there is a growing concern among men and women in seeking in the aesthetic sphere means for rejuvenation in order to provide well-being, the need arose to discuss the topic. Today, it is indicated for numerous purposes, both for medicinal use, including its use in hyperhidrosis, blepharospasm (involuntary muscle contractions around the eyes), among other conditions, and for aesthetic purposes, which makes it of great importance that there is an analysis about Botulinum Toxin, its techniques of use, its effects, its importance in aesthetics, thus, the study regarding the complications that occur with its misuse or lack of technique on the part of the professional who administers it is of great relevance. Based on such surveys, the research seeks to answer the question: What are the side effects and complications that can be evidenced from poor administration in the use of botulinum toxin? Question that will be answered through discussion of the general objective of the research: Showing that botulinum toxin, in addition to being a great ally in the field of aesthetics and medicine in general, its indiscriminate use can bring harm to the individual, and the discussion of specific objectives which will be presented during the bibliographic research. Finally, the choice of the topic is justified, as it is observed that the population is in fact increasingly using botulinum toxin for aesthetic procedures and medicinal purposes, which has led to an increase in the number of professionals and aesthetic clinics focused on for this purpose, a fact that sometimes causes questions to arise about the reliability of such professionals, clinics and aesthetic centers, showing that it is extremely important to have knowledge about the complications that can occur from poor administration of botulinum toxin.

Keywords: aesthetics; botulinum toxin; complications.

INTRODUÇÃO

Diante da percepção na contemporaneidade de uma crescente preocupação de homens e mulheres em buscar na esfera estética meios para o rejuvenescimento com o fim de lhe proporcionar bem-estar, surgiu a necessidade de trazer a discussão do tema: Um olhar sobre as intercorrências na utilização da toxina botulínica. Toxina a qual segundo Pinheiro (2016), teve sua aprovação para utilização como meio medicinal no decorrer do ano de 1989, e para fins estéticos no ano de 2016.

Sendo hoje indicada para inúmeras finalidades, tanto para uso medicinal, podendo ser destacada sua utilização em hiperidrose, blefarospasmo (contrações musculares involuntárias no entorno dos olhos), entre outros acometimentos, como para fins estéticos, podendo ser classificado por Sales (2020), como o procedimento estético, não cirúrgico

mais realizado em todo o mundo.

Aos olhos da medicina, a toxina botulínica é percebida por ser uma neurotoxina, a qual vem a ser proveniente do *Clostridium botulinum*, que é denominada como umabactéria Gram-positiva e anaeróbica. Possui múltiplos sorotipos, variando com o tamanho molecular, biossíntese e mecanismos celulares (Reis, 2020, p.15).

Com a leitura e análise acerca da Toxina Botulínica, suas técnicas de utilização, seus efeitos, importância na estética, também se faz de grande relevância trazer saberes acerca das intercorrências ocorridas com o seu mau uso ou falta de técnica do profissional que a administra.

O que é afirmado por Gouveia (2021), que apesar da alta margem de segurança ao ser utilizada, o seu uso incorreto e a inobservância dos protocolos de segurança é a clara a imperícia profissional, pode trazer intercorrências em seu procedimento.

Sobre tais intercorrências, pode ser destacada a denervação química (podendo ser de forma moderada ou transitória), além de dor, edema, eritema, equimoses e hipostesia (diminuição da sensibilidade) em curto prazo.

O objetivo geral desta pesquisa versa sobre: Mostrar que a toxina botulínica além de ser uma grande aliada no ramo da estética e na medicina em geral, o seu uso indiscriminado pode trazer mazelas ao indivíduo.

Para que possa ser comprovada esta afirmação será de grande importância, a discussão bibliográfica acerca do problema de pesquisa: Quais os efeitos colaterais e intercorrências que podem ser evidenciadas a partir da má administração no uso da toxina botulínica?

Frente a pergunta problema, é elencado os objetivos específicos da pesquisa, os quais são: Apresentar origem e conceitos que se aplicam a Toxina Botulínica, analisar a importância do uso da toxina botulínica para fins estéticos e medicinais e mostrar as intercorrências que podem ocorrer com a má administração da toxina botulínica.

No que se refere ao nível da pesquisa, será escolhido como metodologia a pesquisa bibliográfica, à qual será adotada para que haja a construção deste pré- projeto.

De acordo com Lakatos; Marconi (2001, p.47): “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Neste sentido, será utilizado como critérios para o desenvolvimento da pesquisa: 1) um total de 8 a 10 artigos publicados no período de cinco (05) anos (2019a 2024); com textos principalmente em Português, tendo o seu foco voltado para os profissionais do ramo da estética, além disso, também serão buscadas Informações sobre a legislação relacionada ao tema. Onde sua análise versará sobre responder à questão: Quais os efeitos colaterais e intercorrências que podem ser evidenciadas a partir da má administração no uso da toxina botulínica?

Os textos para a pesquisa bibliográfica serão extraídos basicamente de revistas científicas, além de produções acadêmicas encontradas em repositórios das principais

Universidades públicas e privadas do país. Assim, como a visita a sites de caráter confiáveis como: Google Acadêmico, Scielo, PubMed, Lilacs, Medline, entre outros, com o principal intuito de trazer riqueza de saberes ao trabalho a ser realizado.

É de entendimento que a metodologia aplicada para a elaboração de trabalhos de caráter acadêmico deve ser percorrida em uma investigação, ou seja, como se responderá aos problemas estabelecidos. Deve estar de acordo com os objetivos específicos, abrangendo a definição de como será feito no trabalho a seguir.

Justifica-se a escolha do tema: Um olhar sobre as intercorrências na utilização da toxina botulínica, por ser observado que a população vem de fato fazendo cada vez mais o uso da toxina botulínica para procedimentos estéticos e fins medicinais, o que fez com que aumentasse o número de profissionais e clínicas estéticas voltadas para este fim, o que pode ser afirmado por Silva (2018), por fim indaga-se a confiabilidade de tais profissionais, clínicas e centros estéticos, mostrando ser de extrema importância que haja o conhecimento a respeito das intercorrências que podem ocorrer a partir da má administração da toxina botulínica.

APLICAÇÃO DA TOXINA BOTULÍNICA NA ESTÉTICA E MÉTODO DE APLICAÇÃO

Diante das pesquisas acerca da toxina botulínica, entende-se por ser uma substância que é produzida por uma bactéria gram-positiva a qual é denominada como *Clostridium botulinum*, que realiza a paralização dos músculos no local onde é aplicada. Por ser um procedimento pouco invasivo ela se apresenta como um dos procedimentos mais procurados no mundo da estética atualmente.

O que é afirmado por Reis (2020):

De acordo com a literatura médica a toxina botulínica é uma neurotoxina produzida pela bactéria anaeróbica, Gram positiva, *Clostridium botulinum*. Atualmente são conhecidos oito sorotipos, sendo denominados: A, B, C alpha, C beta, D, E, F e G, os quais causam paralisia muscular” (Reis, 2020, p. 413).

Segundo Gouveia (2021), foi visto que na última década houve uma procura em longa escala por realizações de procedimentos estéticos, aumento este associado a busca incessante dos indivíduos em alcançar os padrões de beleza impostos pela sociedade, fazendo a popularidade da toxina botulínica.

Ayres (2016), ressalta que a pele com o passar dos tempos, acaba por perder sua elasticidade, fato este que ocorre devido à diminuição da produção de colágeno e elastina, o que leva ao aparecimento das rugas, as quais são chamadas popularmente como linhas de expressão.

O rosto é a região do corpo onde o envelhecimento da epiderme é mais evidente, sendo a parte mais exposta, a que mais recebe as agressões do meio externo, além de ser composta por muitas inserções musculares, o que favorece o enrugamento precoce (Silva, 2018, p. 538).

Saber este também elencado por Swift *et al.* (2021):

A pele, com o passar dos anos perde sua elasticidade devido à diminuição da produção de colágeno e elastina, e durante a contração os músculos se encurtam, e devido à essa perda de elasticidade a pele é dobrada, formando assim as rugas dinâmicas, aquelas que dependem do movimento, também chamadas de linhas de expressão.

Diante dos estudos sobre o tema proposto, pode ser percebido que o envelhecimento cutâneo, faz com que muitas pessoas insatisfeitas acabem por procurar soluções de preenchimentos, e a toxina botulínica, também chamado como botox, é considerado um bom aliado na prevenção do envelhecimento, promovendo assim, o rejuvenescimento facial, inibindo a liberação da acetilcolina, ou seja, agindode forma a fazer com que a pele fique impedida de envelhecer (Gouveia, 2021).

Não resta dúvida de que são notórios os efeitos positivos trazidos pela a utilização da toxina botulínica através dos procedimentos estéticos de preenchimentosfaciais. Sendo observado que a cada dia que passa, mais e mais pessoas se sentematraídas a estarem realizando tal procedimento. No entanto, se faz necessário ressaltar que ao mesmo passo que existe uma grande procura e demanda pelo uso do botox, também é evidenciado de forma significativa casos que versam sobre as complicações trazidas pela sua aplicação. Vale mencionar a existência de vários efeitos adversos trazidos pela má utilização da toxina botulínica, como: hematomas, sensibilidade, inflamações, hipoetesia, edema, hemorragias, dentre outros (Neto, 2016).

Segundo Santos (2013), ao longo do tempo, a toxina botulínica acabou por ser utilizada em variadas aplicações, não estando ela associada apenas aos fins estéticoscomo muitos acreditam. Sendo evidenciado o seu uso nas áreas de oftalmologia, neurologia e dermatologia, mostrando assim que a toxina botulínica exerce um papelimportante e de vasta versatilidade, não estando restrita apenas ao mundo dos estetas.

Diante do apresentado por Santos (2013), fica claro que é sim possível observar a utilização da toxina botulínica para os fins estéticos, como para enfermidades que acometem o ser humano. No entanto, é de grande importância trazer a discussão bibliográfica, o fato de que a maioria das reações adversas apresentadas a partir do uso da toxina botulínica decorrem principalmente da imperícia e desconhecimento anatômico por parte dos profissionais, que a utilizam sem que haja um critério pré-estabelecido.

Sobre o seu método de aplicação, é muito importante que haja aindividualização de cada paciente, ou seja, que cada um seja visto de acordo com suas particularidades e limitações. Assim, sendo importantíssimo que seja conhecido o seu perfil demográfico (idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão), assim, como deve ser conhecido e respeitado os eu estado psicológico, onde deve ser averiguado se este paciente se encontra apto ou não a receber o procedimento e compreender suas expectativas com o mesmo.

Tal processo deve ser realizado em um pré-atendimento, onde é imprescindível que seja esclarecido todos os medos, tabus, mitos, expectativas, de maneira que o paciente se encontre informado sobre o resultado, a durabilidade e é claro as possíveis intercorrências e os efeitos colaterais advindos do procedimento escolhido (França, 2016).

Maio (2011), já mencionava que a utilização da toxina botulínica deve seguir as características pessoas de cada indivíduo, pois deve ser levado em consideração o fato de

que cada pessoa possui um tipo de expressão (rígida ou suaves), e é de acordo com o tipo de sua expressão que será definido a forma que o procedimento será realizado.

A Toxina Botulínica A, é a utilizada para os procedimentos estéticos, pois ela apresenta uma maior potência e duração. Ao ser injetada ela atinge apenas o sistema nervoso periférico (nervos), ou seja, ela não atravessa a barreira hematoencefálica (Barbosa, 2020).

É percebido a existência de oito sorotipos diferentes de toxinas, mas somente A e B, têm o seu uso liberado para a prática clínica, frisa-se que somente a A é utilizada para a estética no Brasil. Esse entendimento se dá, pelo fato de a Toxina Botulínica B (TBB), necessita de doses maiores, e tem maior capacidade de difusão, menor atividade biológica e é mais imunogênica em comparação com a TBA. O que acarretaria a produção de anticorpos contra TBB e levaria a uma falha terapêutica após um pequeno número de aplicações (Ayres, 2016).

No que diz respeito as marcas utilizadas e permitidas no Brasil para o meio estético, são observadas as: Botox (Laboratório Allergan), Dysport (Laboratório Ipsen), Xeomin (Laboratório Merz), Prosigne (Laboratório Cristália), Botulift (Laboratório Bergamo) e Nabota (Laboratório Quiron Pharma). Estas marcas, por suavemente, tiveram seu uso aprovado pela ANVISA e Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, uma vez que, “comprovaram ser efetivas no processo de neutralizar a musculatura, amenizando as marcas de expressão, não apresentando efeitos colaterais que coloquem a saúde do paciente em risco” (Farinazzo, 2017).

Aos olhos de Ayres (2016), as toxinas botulínicas A, estão disponíveis na forma de pó é necessária sua diluição para proceder o seu uso, em soro fisiológico a 0,9% que deve ter pH entre 4,5 e 7 ligeiramente ácido, pois os produtos não são tamponados e um pH mais baixo pode provocar ardor. Durante a diluição é preciso evitar a formação de borbulhas e a agitação do frasco, o mesmo se aplica ao sugar o medicamento com a seringa. Como a molécula da toxina é grande, movimentos bruscos podem quebrá-la ou desativá-la.

Sobre sua diluição, é recomendado que seja realizada por profissionais e que tenham feito a avaliação do paciente previamente. Com base nas bulas é recomendada diluição de 100 unidades em 0,5 a 10 ml de solução salina (1 a 20 U/0,1ml), para a Dysport® de 300 unidades em 0,6 a 2,5 ml (120 a 500 U/ml), isso nos casos em que se utiliza o Botox®. Já nos casos em que se utiliza as marcas Prosigne®, Botulift® e Xeomin® 100 unidades em 0,5 a 8 ml de solução salina (1,25 a 10 U/0,1 ml). Acredita-se que quanto maior a diluição, maior a difusão para locais não desejados e menor o tempo de duração, mas ainda não há um consenso na literatura sobre isso (Oliveira, 2017).

Machado (2020), afirma em seus estudos que a atividade biológica da TBA é definida através da DL50, que é uma dose letal média, mais especificamente a dose de toxina necessária para matar 50% do grupo teste, que é realizado em ratos e varia de acordo com a marca. É assim que é definida a dose do produto para tratamento e isso é de extrema importância para que haja segurança e eficácia.

Segundo Avram (2011), é observado dois tipos de aplicação da toxina botulínica, sendo denominados como: microinjeção e a técnica padrão. No que se refere a microinjeção, ela será injetada na derme em pequenas quantidades (quantidades menores que 0,025

ml), muito superficial e com uma distância média de 1 cm, com agulha de calibre 30 ou 32. Na técnica padrão, o volume será de 0,05 ml ou mais, dependerá do tipo de músculo, a agulha terá o mesmo calibre que na técnica de microinjeção, ou seja, 30 a 32, em ângulo perpendicular ou oblíquo. Nessa técnica, o risco de comprometer o tecido é menor.

Fugita (2019), diz que a toxina botulínica ao ser introduzida na pele acaba por inibir a liberação da acetilcolina nos terminais nervosos motores, assim, levando a uma diminuição da contração muscular, mas também na ação sobre outros neurotransmissores. Esta propriedade a torna útil, clínica e terapêuticamente, em uma série de condições onde existe excesso de contração muscular.

Sobre os seus efeitos clínicos podem ocorrer em um período de 1 a 7 dias após a administração, sendo comumente notados entre 1 a 3 dias. Segue-se um período entre 1 a 2 semanas de efeito máximo e então os níveis atingem um patamar moderado até a recuperação completa do nervo em um período entre 3 a 6 meses (Machado, 2020).

Fato este que já era afirmado por Neto (2016, p.18), já que o autor nas linhas de suas pesquisas, diz que “Nos tratamentos realizados com toxina botulínica a ação da substância no local de aplicação “demora em torno de 24h para iniciar os seus efeitos e normalmente tem efeito prolongado compreendido entre três a seis meses”.

PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS

Ao ser realizado o estudo acerca das intercorrências trazidas pelo uso da Toxina Botulínica, é de grande importância trazer à discussão bibliográfica, que a ação desta é considerada como um benefício para a Medicina Estética atualmente, tendo em vista que ela pode ser utilizada no tratamento antienvhecimento, diminuindo as rugas, corrigindo assimetrias e imperfeições no nariz, lábios, sobrancelhas, etc. Podendo ser usada de maneira corretiva, ou seja, podendo ser utilizada como prevenção, antes mesmo do aparecimento evidente das rugas, e ainda de maneira terapêutica, já que a neurotoxina tem um efeito eficaz no que diz respeito à diversas condições em que são observadas uma contração muscular de maneira excessiva ou inapropriada, seu uso e eficácia já foi comprovado no combate de algumas enfermidades como: estrabismo, blefaroespasma, espasmo hemifacial, distonias de membros e outras distonias, espasticidade e hiperidrose (Reis, 2020).

Traz uma alta especificidade que lhe confirma vantagens entre as neurotoxinas, sua ação e utilização são ampliadas fazendo com que seja muito estudada desde a última década, causando um aumento de sua indicação (Ayres, 2016).

É de se alertar que, apesar de ser percebido significativos benefícios advindos da sua utilização, a toxina botulínica assim, como qualquer outro medicamento ou produto farmacológico também pode apresentar reações em caráter adverso e contra-indicações, sendo levado em consideração o fato de tal observância ser obrigatória por parte do profissional responsável por sua administração, o qual tem o dever de respeitar o estado fisiológico do paciente.

Realizando a leitura da bula da marca Botox® por exemplo, é percebido que a substância é contra-indicada para pessoas com antecedentes de hipersensibilidade a

qualquer ingrediente observado em sua formulação e na presença de infecção no local da aplicação. Sendo contraindicado também seu uso para tratamento de infecções no trato urinário e ainda para pacientes menores de 2 (dois) anos de idade (Allergan, 2022, p.12).

A partir deste entendimento, é afirmado por Oliveira (2017), que é de extrema importância que sejam conhecidas as potenciais reações adversas e complicações que podem surgir após sua aplicação. Se faz necessário que o profissional tenha sob o seu domínio o termo de consentimento, o qual deve ser assinado pelo paciente antes da utilização da toxina botulínica, além de fotos coletadas no pré procedimento, com a finalidade de lhe assegurar em consequência de futuros problemas (Oliveira, 2017). Maio (2016), assegura que na maioria das vezes as reações vindas da utilização da toxina botulínica estão associadas a três fatores: a finalidade do uso, a frequência das aplicações e à dosagem. Os principais efeitos pós-aplicação são: “vômitos, hipotensão, prurido, disfagia, sintomatologia muito semelhante à gripe, fraqueza de músculos podendo ter relação com a disseminação sistêmica da toxina” (Maio, 2016, p.23).

No decorrer da pesquisa é percebido que, as complicações decorrentes da utilização da toxina botulínica em sua grande maioria são raras e quando são evidenciadas podem ser contornadas. Percebe-se ainda que quando há existência de intercorrências em uma maior escala, na maioria das vezes essa decorre de erros técnicos, da avaliação clínica e funcional do paciente realizada de forma errada.

Afirmção a qual também é sustentada por Granero (2010):

Nesse sentido, as complicações da TB podem ser relativas, raras e descritas. As primeiras, são dores, hematomas, sintomas de gripe ou gastrintestinais, sensação de fraqueza, ou infecção local, tais complicações são consideradas evitáveis ou fáceis de serem resolvidas. Já as complicações raras, poderão ser atrofia focal, diplopia, dificuldade de acomodação visual, alergia, formação de anticorpos, disfagia, paralisção da face, fraqueza muscular generalizada ou intensa, assimetria, alteração funcional, dentre outros. Por último, as complicações descritas são aquelas que decorrem do erro de técnica do profissional, erro na avaliação clínica do paciente no tocante ao procedimento realizado, também pode ocorrer erro na dose, ou na forma de diluição (Granero, 2010, p.33).

Segundo Santos (2013), é evidenciado ainda como uma reação adversa o trauma, o qual é percebido através do excesso de líquido injetado, este ao ser aplicado de forma equivocada pode fazer com que o paciente sofra por rugor da pele e edema. O autor salienta ainda sobre as esquimoses, as quais são denominadas como pequenas lesões nos vasos sanguíneos que através da injeção acabam por provocar hematomas.

A injeção de qualquer substância na pele causa reações localizadas decorrentes do trauma. Ocasionalmente, os procedimentos que envolvem a aplicação da TB podem vir a surtir efeitos adversos alheios ao objetivo do procedimento em si, sejam estes decorrentes da injeção ou do produto (Machado, 2020, p.12).

De acordo com Granero (2010), em sua pesquisa anterior a Santos (2013), este já apresentava o fato de que quando é aplicado doses erradas ou ainda nos casos em que a aplicação é realizada em local errado pode fazer com que ocorram desvios musculares ou expressões com aspectos artificiais. O que pode ser notado nos casos em que o indivíduo ao realizar tal procedimento acaba por mudar totalmente a expressão facial, sendo esse também um dos efeitos adversos trazidos pelo mau uso da toxina botulínica.

Indo ao encontro do apresentado por Santos (2013), Maio (2016), traz a afirmação de que o uso da toxina botulínica também tem sua contraindicação quando é evidenciado que o paciente por algum motivo de saúde está fazendo o uso de medicamentos que possuem os seguintes princípios ativos: “*aminoglicosídeos, ciclosporinas, D-penicililamida, quinidina, sulfato de magnésio, lincosamidas e aminoquinolonas*”.

Sobre os erros relacionados à aplicação da toxina botulínica na face, Silva (2018, p.51), apresenta os principais efeitos adversos:

Ptose palpebral (maior incidência), olho seco, edema local, boca seca, paresia local, equimose local, eritema local, ptose de supercílio, diplopia, sensação de peso local, desvio de rima bucal (linha que caracteriza o encontro do lábio superior e inferior), alteração facial, entre outras, sendo grande parte destas reversíveis.

Santos (2013, p.13), traz ainda a afirmação de que é preciso considerar que existem outras reações adversas no que se refere ao uso da toxina botulínica, podendo ser persistente ainda outras complicações como: espasmo facial, síndrome de Meige (edema palpebral, ptose, disfagia, fraqueza da boca e pneumonia aspirativa), distonia cervical e distonia da mão (fraqueza nos dedos).

Frente ao trazido por Silva (2018), é visto que a aplicação ao ser desenvolvida de forma incorreta e sem a observância por parte do profissional em relação ao histórico e anatomia do paciente, é capaz de trazer sérios riscos e complicações diversas, as quais em sua grande maioria podem ser tidas como passageiras. Mas não podemos deixar de salientar sobre o fato de que as intercorrências também podem culminar em situações mais graves e até mesmo chegando ao estado de permanência, motivo o qual ser imprescindível que o profissional redobre os cuidados ao realizar o procedimento estético.

Sobre as intercorrências, pode-se afirmar que é relativamente comum ocorrer efeitos indesejados em qualquer tratamento, estético ou cirúrgico, no entanto, tais riscos devem ser informados antes do paciente se submeter ao procedimento, todavia, é possível evitar essas complicações com as corretas indicações de tratamentos, respeitando o limite de dosagens juntamente com a execução adequada da técnica da aplicação da Toxina Botulínica (Gouveia, 2021).

COMO MANIPULAR INTERCORRÊNCIAS E SUAS SOLUÇÕES

Com a pesquisa realizada até aqui, é de se notar que os procedimentos que envolvem a aplicação a toxina botulínica, de fato podem surtir efeitos em caráter adversos em relação ao objetivo esperado, sejam decorrentes da aplicação, ou seja, método utilizado ou do produto.

Como já explicitado nas linhas dessa pesquisa bibliográfica, os efeitos costumam ser leves e transitórios, embora seja evidenciado também os efeitos permanentes os quais trazem consequências e desconfortos de forma significativa aos pacientes aos quais acometem (Sethi, 2021).

Tal pensamento também já era transferido pelas palavras de Sposito (2009, p.21): “A aplicação da Toxina Botulínica tipo A, pode, em algumas situações trazer efeitos

indesejáveis e a causa desses efeitos, se dá por dois motivos em especial; o primeiro refere-se à injeção e o segundo, ao produto aplicado”

Diante dos textos de Silva (2018), é evidenciado que a eficácias pertinentes aos resultados estão diretamente ligadas aos procedimentos vinculados à aplicação e não tanto a qualidade do produto, já que estes para transitar entre os centros estéticos precisam da aprovação de órgão competentes e passam pela análise profissional, para que só depois desses trâmites possa enfim ser direcionado ao uso, ou seja, comercializado.

Silva (2018), elenca ainda alguns cuidados técnicos que precisam ser levados em consideração para que se consiga chegar ao sucesso do procedimento estético:

O armazenamento que deve estar entre 2 e 8 °C, diluídos em 2,5 mL de solução fisiológica a 0,9%, na qual teremos 5U de Botox® e 20U de Dysport® por 0,1 mL da solução (ALLERGAN, 2014 & DYSPORT®, 2008). O Botox® pode ser congelado a -5°C e após a diluição deve ser utilizado no período de 24h (ALLERGAN, 2014). Já o Dysport® não pode ser congelado e deve ser utilizado dentro de 8h (DYSPORT, 2008). O armazenamento por períodos superiores a 24h no Botox® e 8h no Dysport® podem diminuir a eficácia e aumentar o risco de contaminação (ALLERGAN, 2014 & DYSPORT®, 2008). Para a aplicação desta toxina a pele do paciente deve ser esterilizada e preparada antes da realização da técnica e o mesmo deve ser acomodado fazendo com que sua cabeça fique abaixo do nível do aplicador (Silva, 2009, p. 98).

De acordo com o elucidado, é entendido que a aplicação da toxina botulínica ao ser utilizada para fins estéticos, pode ocasionar no indivíduo reações adversas, por isso, precisam ser administradas por profissionais especializados. Sendo levado em consideração, que o paciente ao procurar meios de realizar um procedimento estético, este tem em si a busca por uma melhor aparência e qualquer efeito que o leve para longe de um resultado positivo será altamente indesejável, sendo os seus efeitos transitórios ou permanentes (Fulco, 2015).

Contudo, o profissional para atuar na área da estética deverá possuir formação especializada e reconhecida pelo Ministério da Educação, e certamente este terá que estar sempre em estudo, já que a área da estética se encontra em constante desenvolvimento.

É percebido que apesar de a técnica ser considerada relativamente simples, é de suma importância avaliar e conhecer as estruturas anatômicas, aspectos individuais dos pacientes e que o profissional tenha uma correta capacitação, respeitando a diluição e quantidade aplicada por região, para que o sucesso do procedimento seja efetivo evitando-se, assim, os efeitos adversos indesejáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise acerca do tema proposto, é possível chegar ao entendimento que o uso da toxina botulínica teve um crescimento significativo nas últimas décadas, sendo ela utilizada por indivíduos de ambos os sexos e de idades variadas, onde esses têm como seu principal objetivo atingir o rejuvenescimento facial, prevenir as rugas e automaticamente elevar a sua autoestima.

Fato este, que tem feito das técnicas de aplicação da toxina botulínica como uma das áreas mais estudadas e que despertam a curiosidade e o desejo de os indivíduos em se render aos procedimentos estéticos.

No entanto, se faz necessário ressaltar que ao mesmo passo que existe uma grande procura e demanda pelo uso do botox, também é evidenciado de forma significativa casos que versam sobre as complicações trazidas pela sua aplicação.

No tocante as intercorrências mais observadas quanto aos erros relacionados à aplicação da toxina botulínica na face, são destacadas as: Ptose palpebral (maior incidência), olho seco, edema local, boca seca, paresia local, equimose local, eritema local, ptose de supercílio, diplopia, sensação de peso local, desvio de rima bucal (linha que caracteriza o encontro do lábio superior e inferior), alteração facial, entre outras, sendo grande parte destas reversíveis.

Por fim, foi evidenciado uma crescente demanda por procedimentos estéticos e rejuvenescedores o que tem impulsionado dia após dia o uso da toxina botulínica devido à sua durabilidade e baixa incidência de efeitos colaterais. O estudo realizado sobre as intercorrências na utilização da toxina botulínica revelou a importância de uma abordagem cuidadosa e informada na prática clínica o que nos leva ao pensamento de se fazer os procedimentos com profissionais especializados no assunto, os quais em sua formação precisa ter como base o conhecimento da histologia-anatomia humana, as dosagens corretas e ainda levar em consideração os fatores pessoais de cada paciente antes de iniciar o procedimento, com o principal objetivo de minimizar ao máximo as ocorrências de reações adversas e complicações que a má utilização da toxina botulínica pode trazer ao indivíduo.

REFERÊNCIAS

ALLERGAN. Pó congelado a vácuo estéril. Responsável técnico Allergan São Paulo: Allergan Pharmaceuticals Ireland Westport, Irlanda, 2019. 1 **Bula do medicamento Botox®**. 12 p. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/> Acesso em: 08 nov.2023.

AVRAM, Marc. **Atlas Colorido de Dermatologia Estética**. AMGH Editora Ltda.,2011.

AYRES, Renato Testa. **O uso da toxina botulínica como meio terapêutico para o tratamento de assimetria fácil**. São Paulo, Saraiva.2016. Disponível em: www.revista.uninga.br Acesso em: 22 out.2023.

BARBOSA. Paulo de Andrade. **A utilização da toxina botulínica tipo A no rejuvenescimento facial**. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> Acesso em: 03 nov.2023.

FARINAZZO, M **Marcas de toxina botulínica (Botox)**. 2017. Disponível em: www.mariofarinazzo.com.br Acesso em: 27 out.2023.

FRANÇA, Bruno Gouveia. **O uso da toxina botulínica e do ácido hialurônico na estética terapêutica da odontologia e os limites técnicos científicos do cirurgião-dentista**. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov> Acesso em: 03 nov.2023.

FUGITA, R.L.R; HURTADO, N.C.C. **Aspectos relevantes do uso da toxina botulínica no tratamento Estético e seus diversos mecanismos de ação**. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> Acesso em: 20 out.2023.

FULCO, Tatiana de Oliveira. **Toxina Botulínica tipo A e suas complicações na estética facial. Episteme Transversalis**, v.6, n.2, p. 73- 84. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: www.ugb.edu.br/revistas-episteme Acesso em: 21 out.2023.

GOUVEIA, Norberto. **O uso da toxina botulínica em procedimentos Estéticos**. Saraiva, Rio de Janeiro – RJ. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> Acesso em: 21 out.2023.

GRANERO, L.H.M. **Toxina botulínica**. Entrevista ao Dr. Dráuzio Varella, 2010. Disponível em: www.drauziovarella.com.br Acesso em: 29 out.2023.

LAKATOS, C.M, MARCONI, M. A (2001). **Fundamentos da Metodologia Científica**, 4 ed. São Paulo – SP: Atlas.

MACHADO, Fernando de. **A utilização da toxina botulínica tipo A para alcançar estética facial**. Rev. Terra & Cult. 2020.

MAIO, M. **Tratado de Medicina Estética**. 6. ed. V. 5, São Paulo: Roca, 2016.

MAIO, Maurício. **Tratado de Medicina Estética. Episteme Transversalis**, 2.ed, v.2, São Paulo: Roca, 2011. Disponível em: www.ugb.edu.br/revistas-episteme Acesso em: 21 out.2023.

NETO, P. G. da S. **Toxina Botulínica Tipo A: Ações Farmacológicas e Riscos do Uso nos Procedimentos Estéticos Faciais**. 2016. 47. F. Monografia (Especialista em Biomedicina Estética) Instituto Nacional de Ensino e superior e pesquisa, Recife, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> Acesso em: 27 out.2023.

OLIVEIRA, Gabriel. **Toxina botulínica e as suas complicações: Uma revisão de literatura**. Rev. Vida e Saúde, v.12, n.1, 2017 Disponível em: www.cceursos.com.br Acesso em: 30 out.2023.

PINHEIRO, A. L. **Doenças tratadas com toxina botulínica**. São Paulo: Dermato Saúde, 2016. Disponível em: <http://dermatosaude.com.br/doencas-tratadas-com-toxina-botulinica/> Acesso em: 06 out.2023.

REIS, Luís. de. **Desvendando o uso da toxina botulínica na estética e em enfermidades. Revista Saúde em Foco**, Edição n. 12, p. 413-437, 2020.

SANTOS, T. J. **Aplicação da toxina Botulínica em Dermatologia e estética e suas complicações: Revisão da Literatura**. 2013. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 26 out.2023.

SETHI, N., Singh, S., DeBouille, K., & Rahman, E. (2021). **A Review of Complications Due to the Use of Botulinum Toxin A for Cosmetic Indications**. *Aesthetic plastic surgery*, 45(3), 1210–1220. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> Acesso em: 02 nov.2023.

SALES, J. M.; DE LAVÔR. **Toxina botulínica como opção no tratamento da disfunção 30 temporomandibular**. *Salusvita*, Bauru, v. 39, n. 1, p. 229-254, 2020. Disponível em: <https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/.pdf>. Acesso em: 07 out.2023.

SILVA, João Andrade. **A aplicação da Toxina Botulínica e suas complicações**. Revisão Bibliográfica. *Vida e Saúde*, v.27, n.6, 2018. Disponível em: www.cceursos.com.br Acesso em: 30 out.2023.

SPOSITO, M. M. de M. **Toxina Botulínica do Tipo A: mecanismo de ação**. Acta Fisiátrica. v. 16, n. 1, p. 25-37, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/> Acesso em: 28 out.2023.

SWIFT, A., Liew, S., Weinkle, S., Garcia, J. K., & Silberberg, M. B. (2021). **The FacialAging Process From the “Inside out”**. Aesthetic surgery journal, 41(10), 1107–1119. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> Acesso em: 02 nov.2023.

Uma análise das concepções da Política Brasileira de Redução de Danos: uma revisão integrativa

An analysis of Brazilian harm reduction policy conceptions: an integrative review

Josias Correa Neto
Luciana Pereira Colares Leitão
Bruno Souza Santana
Larissa Alencar Oliveira
Marcia Pontes Alves
Rodson Melo Xavier
Sergio Mendes Dutra
Paulo César Silva Lemos
Victor Augusto Chaves Noleto Santos
Gabriela Santos Coelho

RESUMO

A política brasileira de redução de danos é uma abordagem que busca minimizar os danos associados ao uso de substâncias psicoativas e outras formas de comportamentos considerados de risco, contudo, apesar dos avanços alcançados, esta política ainda enfrenta desafios significativos que impedem a sua completa implementação de modo efetivo e diligente. Logo, este trabalho visa analisar as concepções da política brasileira de redução de danos. Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura que ocorreu nas plataformas PubMed, BVS, Web of Science, BDTD e SciELO. O estudo ocorreu através de seis etapas. O levantamento bibliográfico foi executado utilizando mecanismos de buscas online, tal método obteve 20 artigos dos últimos 06 anos relacionados com tema supracitado, destes 30% eram do ano de 2020. De um modo geral os artigos analisados convergem no sentido de a política brasileira de redução de danos é algo inovador que traz consigo o objetivo principal garantir o acesso universal aos serviços de saúde e assistência social para todos os usuários de drogas, independentemente de sua condição social, econômica ou legal. Conclui-se, portanto, que esta política enfrenta uma série de desafios e problemáticas que têm limitado a sua capacidade de atender às necessidades da população que necessita desses serviços. Ademais, ressalta-se



a necessidade de mais estudos que abordem esta política para consolidar um arcabouço teórico sobre esta temática.

Palavras-chave: política de saúde; redução de danos; minimização do dano.

ABSTRACT

The Brazilian harm reduction policy is an approach that seeks to minimize the harm associated with the use of psychoactive substances and other forms of behaviors considered risky, however, despite the advances achieved, this policy still faces significant challenges that prevent its full implementation in an effective and diligent way. Therefore, this paper aims to analyze the conceptions of the Brazilian harm reduction policy. This is an Integrative Literature Review that took place on the PubMed, VHL, Web of Science, BDTD and SciELO platforms. The study was carried out through six stages. The study was carried out through six stages. The bibliographic survey was performed using online search engines, this method obtained 20 articles from the last 06 years related to the afore mentioned theme, of which 30% was from the year 2020. In general, the analyzed articles converge in the sense that the Brazilian harm reduction policy is something innovative that brings with it the main objective of ensuring universal access to health and social assistance services for all drug users, regardless of their social, economic or legal status. It is concluded, therefore, that this policy faces a series of challenges and problems that have limited its ability to meet the needs of the population that needs these services. In addition, the need for more studies addressing this policy is emphasized to consolidate a theoretical framework on this theme.

Keywords: health policy; harm reduction; minimization of damage.

INTRODUÇÃO

De acordo com Mesquita (2020), a política brasileira de redução de danos é uma abordagem que busca minimizar os danos associados ao uso de substâncias psicoativas e outras formas de comportamentos considerados de risco. Nesse sentido, essa política reconhece que o uso de drogas é uma realidade e que não é possível erradicá-lo completamente, mas sim reduzir seus danos e riscos associados.

Isto posto, um dos pressupostos desta política é a valorização da dignidade humana, da autonomia e da responsabilidade individual. Logo, ela oferece uma alternativa à abordagem tradicional de proibição e criminalização do uso de drogas, que se mostrou ineficaz na prevenção do uso e no controle do tráfico de drogas (Lopes; Gonçalves, 2018).

Destarte, a abordagem de redução de danos reconhece que a dependência química é uma questão complexa e multifacetada, que requer uma abordagem de saúde pública mais ampla, desse modo, ao invés de simplesmente punir os usuários de drogas, a estratégia de redução de danos oferece uma série de medidas para ajudá-los a reduzir os riscos e os danos associados ao uso dessas substâncias (Mesquita, 2020).

Neste contexto, a política brasileira de redução de danos busca proporcionar aos

usuários de drogas informações precisas e objetivas sobre os riscos e os danos associados ao uso de drogas, bem como oferecer serviços de saúde e assistência social que possam ajudá-los a minimizar esses danos. Ela também promove ações que visam reduzir a exclusão social e a discriminação dos usuários destas substâncias, além de buscar a integração dessas pessoas na sociedade (Brasil, 2005; Miranda *et al.*, 2018).

Apesar dos avanços alcançados, a política de redução de danos no Brasil ainda enfrenta desafios significativos, como a falta de financiamento adequado, a resistência de alguns setores da sociedade, o estigma social, a falta de integração dos serviços, a criminalização do uso de drogas, que impedem a sua completa implementação de modo efetivo e diligente (Garcia, 2019).

No entanto, esta continua a ser uma abordagem importante e eficaz para lidar com a questão da dependência química no país, e deve ser amplamente discutida e promovida (Barbosa; Figueiredo, 2023). Levando tudo isto em consideração, este trabalho visa analisar as concepções da política brasileira de redução de danos, desse modo, verificando seus principais objetivos e desafios para a implementação. Parte superior do formulário

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), cujo objetivo é analisar as concepções da Política Brasileira de Redução de Danos, por meio da obtenção de dados efetuada através de fontes secundárias. Logo, esta revisão segue o que Marques *et al.*, (2021), recomenda para a construção de revisão bibliográfica.

Desse modo, a primeira etapa ocorreu a construção da questão norteadora, a saber: “Quais são as principais concepções da política brasileira de redução de danos e os seus principais objetivos e desafios para a implementação.”

Em seguida, ocorreu a segunda etapa por meio da busca pelos artigos ocorreu nas bases de busca online: United States National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Web of Science, Biblioteca Nacional de Teses e Dissertações (BDTD) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Foi empregado como critério de inclusão desses artigos pré-selecionados estudos com o recorte temporal dos últimos 6 anos, 2018 a 2023, redigidos em português, espanhol, inglês e francês, com delineamento qualitativo ou quantitativo de levantamento normativo ou descritivo ou metanálise de temáticas voltadas para a política de redução de danos, sobretudo a brasileira. Como critérios de exclusão não se utilizou artigos que transcorriam sobre a política de danos somente em outros países, os quais não estavam indexados e os que não cabiam nos critérios de inclusão.

A coleta de dados que ocorreu em abril de 2023, através da indexação dos termos “política de saúde”, “redução de danos”, “minimização do dano” e “Brasil” os quais foram obtidos no vocabulário controlado nos Descritores da Saúde (DECS). Além disso, foi utilizado o operador de pesquisa AND com a finalidade de relacionar um termo ao outro.

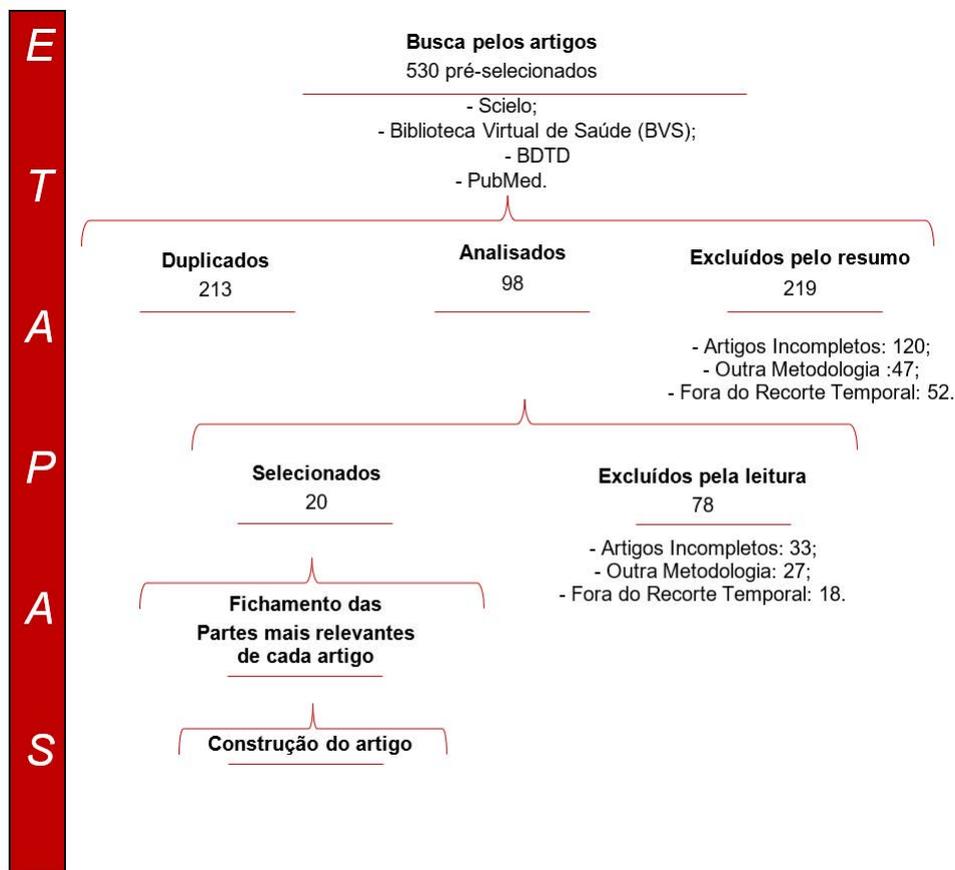
A seleção da amostra do estudo foi feita, primeiramente, pela indexação dos termos

nas plataformas de busca, desta maneira, obtendo 530 resultados. O material obtido foi primeiramente tratado com o auxílio do programa *VantagePoint* para que ocorresse a eliminação dos artigos duplicados, desse modo, conseguindo 317 artigos. Após isto, foi feito a terceira etapa com a leitura dos títulos e resumos obtendo 98 artigos que obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão.

Houve então a quarta etapa com a leitura dos artigos completos, sendo que dos 98 pré-selecionados permaneceram 20 artigos que atingiam os critérios inclusão e exclusão. Outrossim, é importante ressaltar que a leitura na íntegra finalizou pelo critério de saturação dos padrões de respostas dos documentos.

Em seguida, realizou-se a quinta etapa com a análise dos estudos que ocorreu, por meio, da releitura exaustiva dos materiais selecionados e categorização dos dados mais pertinentes, assim conseguindo compreender as noções de todos os artigos em sua completude.

Esquema 1 - Organograma do processo de produção do artigo.



Fonte: Autores (2023).

DESENVOLVIMENTO

Resultados e discussão

O levantamento bibliográfico foi executado utilizando mecanismos de buscas online, tal método obteve 20 artigos dos últimos 06 anos relacionados com tema supracitado, destes 30% eram do ano de 2020, sendo seguido pelos anos de 2019 e 2018 com 25% e

20% respectivamente.

Além disso, 35% dos artigos dissertavam sobre a importância da política de redução de danos, 25% abordavam as dificuldades de implementação da estratégia nos serviços de saúde, 25% descreviam os modos de aplicação da política supracitada e 15% realizou um apanhado histórico.

Quadro 1 - Sinopse dos estudos selecionados.

Nº	Autor	Ano	Objetivo	Metodologia	Considerações
1	Barbosa; Figueiredo	2023	Analisar os efeitos da contrarreforma psiquiátrica na política de redução de danos no campo álcool e outras drogas a partir da análise de referencial teórico.	Revisão de literatura	As análises permitiram constatar que o avanço da agenda política conservadora, atrelada à moralização do cuidado ao usuário de substâncias psicoativas invalidaram estratégias que possuem um olhar integral à saúde mental desses indivíduos, como a estratégia de redução de danos.
2	Prudêncio; Sena	2022	Analisar a construção da política de atenção aos usuários de drogas e mostrar os retrocessos infligidos a essa política, em especial a partir do ano de 2017.	Revisão de literatura	Os resultados mostram que medidas adotadas pelo governo federal têm priorizado as comunidades terapêuticas e política de dano
3	Martins; Buchele; Bolsoni	2021	Descrever as estratégias para construção de autonomia para pessoas que fazem uso abusivo de drogas.	Revisão integrativa	Evidencia-se um conjunto de práticas contraditórias e difusas, havendo as que constroem autonomia e as que impõem o controle sobre o usuário.
4	Pires; Ximenes	2021	Compreender os sentidos atribuídos pelos psicólogos sobre a Redução de Danos, analisando as repercussões sobre suas práticas.	Pesquisa de campo	Conclui-se que a Redução de Danos tem sido tomada de maneira reducionista como estratégia de diminuição do uso e contrária à abstinência.
5	Paiva <i>et al.</i>	2021	Reconstituir as imbricações da gênese da política sobre drogas no País com as ações racistas, associadas às políticas eugenistas e higienista	Revisão narrativa	Desse modo, ao propor uma ruptura com a política proibicionista, a Redução de Danos possibilita a reflexão sobre as desigualdades raciais e sociais no desenvolvimento da sociedade brasileira, e considera os diferentes tipos de uso de SPA
6	Mesquita	2020	Mostrar a história de sucesso da política de Redução de Danos no Brasil e no mundo.	Relato de experiência	A política de redução de danos é uma política pública humanitária e tolerante, que aceita a diversidade da humanidade.
7	Santos	2020	Analisar os sentidos conferidos à categoria "redução de danos", pelos profissionais do cuidado que atuam em CAPS AD do Distrito Federal (Brasil).	Estudo qualitativo	Como já observado em outras políticas públicas, o caráter sempre incerto e transformador dos processos de implementação faz com que disputas entre modelos e paradigmas não se encerrem no momento da formulação e do desenho da política, mas se prolonguem no micro contexto das operações cotidianas, pelas ações dos profissionais e por suas interações com os usuários dos serviços.

Nº	Autor	Ano	Objetivo	Metodologia	Considerações
8	Petugo	2020	Propor uma narrativa da experiência brasileira com Redução de Danos que toma as ondas do mar como metáfora para contemplar um processo de acúmulo, contra uma concepção etapista baseada em rupturas históricas.	Revisão narrativa	A história das “três ondas” da Redução de Danos, é a história da construção de respostas com base em compromissos éticos, em contextos raramente acolhedores.
9	Tagliamento <i>et al.</i>	2020	Compreender o impacto que os diferentes modelos de tratamento/acolhimento, redução de danos e abstinência, têm no processo de saúde-doença da pessoa que faz uso prejudicial de substâncias psicoativas	Revisão integrativa	Conclui-se que o modelo ideal é aquele que respeita a autonomia da pessoa sobre sua vida, suas características, seu padrão de uso e das consequências que isso traz, seja emocional, física ou social, uma vez que contribui para a promoção de saúde e garantia de seus direitos.
10	Souza; Razoni	2020	Analisar os saberes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), direcionados a usuários de álcool e outras drogas à luz da estratégia de redução de danos.	Pesquisa de campo	Os dados demonstraram que os profissionais não conseguem ofertar cuidados que se aproximem desta estratégia.
11	Pereira <i>et al.</i>	2020	Analisar as memórias discursivas sobre a estratégia de Redução de Danos que perpassam os saberes de profissionais de enfermagem que atuam na Atenção Primária à Saúde.	Estudo qualitativo	Evidencia-se a necessidade de propostas de educação permanente sobre os conceitos de Redução de Danos na formação e qualificação do profissional.
12	Reinholz	2019	Promover um arcabouço teórico acerca da política de redução de danos brasileira e a constituição federal	Revisão narrativa	A política criminal de drogas que é adotada no Brasil não foi capaz de cessar o tráfico de entorpecentes, logo a política brasileira de redução de danos, se aplicada de forma correta, é uma forma de remediar tal problemática
13	Tristão; Avelar	2019	Analisar a Redução de Danos como uma ferramenta potente no cuidado a adolescentes em uso de substâncias psicoativas acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil.	Pesquisa de campo	Conclui-se que a redução de danos como cuidado para o adolescente em uso de substâncias psicoativas ultrapassa a questão da droga em si, atravessando o território e as questões de autocuidado.
14	Moreira <i>et al.</i>	2019	Identificar as tendências de redução de danos subjacentes às políticas de drogas brasileiras.	Pesquisa de campo	As concepções e práticas de redução de danos revelam as tendências conservadora, liberal e crítica subjacentes às políticas de drogas brasileiras.
15	Roque; Guimarães	2019	Compreender a atual relação das práticas orientadas pela Redução de Danos dentro da rotina de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.	Estudo observacional	A estratégia da política nacional de redução de danos almeja se fazer presente no cotidiano dos profissionais e usuários de um CAPS AD.

Nº	Autor	Ano	Objetivo	Metodologia	Considerações
16	Garcia <i>et al.</i>	2019	Elucidar as potencialidades desta política, bem como as dificuldades vivenciadas pelos redutores de danos ao longo do seu trabalho no território.	Relato de experiência	A política de redução de danos traduz-se não apenas na apresentação de uma política pública de certo modo ainda muito recente, mas também em uma atitude política, circunscrita na ideia de um cuidado não mais pela via da moral, da religião, do judiciário.
17	Gomes; Vecchia	2018	Trazer uma sistematização acerca de experiências de atenção à saúde a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas que têm por base as diretrizes da redução de danos no Brasil e no mundo.	Revisão sistemática	Nota-se que a Redução de Danos tem se consolidado como estratégia de prevenção e tratamento e, dessa forma, torna-se imprescindível ampliar as produções acadêmica e científica na área.
18	Lopes; Gonçalves	2018	Fazer uma discussão sobre a criação da Política Nacional de Redução de Danos e a Rede de Atenção Psicossocial.	Revisão sistemática	Mesmo que a Redução de Danos tenha sido determinada entre as diretrizes técnicas para as ações dos profissionais em atuação na Rede de Atenção Psicossocial, diversos desafios podem ser apontados como entraves para a efetivação dessas ações de extrema importância para proporcionar um cuidado integral ao usuário de álcool e outras drogas.
19	Miranda <i>et al.</i>	2018	Fazer um diálogo entre o que a literatura e legislação trazem especificamente sobre o tema e a prática de observação realizada nos órgãos competentes, um CER-SAM AD e uma Unidade Básica de Saúde, em Belo Horizonte.	Estudo Qualitativo	Os resultados que se destacam são que embora a política de redução de danos aproxima-se do conceito de promoção a saúde ainda necessita de reformulações e fortalecimento da rede.
20	Dias; Albuquerque; Napo	2018	Discorrer sobre o processo de construção da RD, desde as suas intenções iniciais, ao impacto das metodologias presentes na execução de uma clínica-política e também pedagógica.	Revisão narrativa	A prática da RD ainda pode ser considerada, em muitos aspectos, um tabu para determinados usuários, técnicos e familiares.

Fonte: Autores (2023).

De um modo geral os artigos analisados convergem no sentido de a política brasileira de redução de danos é algo inovador que traz consigo o objetivo principal garantir o acesso universal aos serviços de saúde e assistência social para todos os usuários de drogas, independentemente de sua condição social, econômica ou legal (Barbosa; Figueiredo, 2018).

Logo, ela visa quebrar paradigmas reconhecendo que o tratamento e a prevenção do uso de drogas são questões complexas e multidisciplinares, que exigem a participação ativa de diversos setores da sociedade, incluindo os profissionais de saúde, assistência social, educação, justiça e segurança pública (Reinholz, 2019).

Para englobar todas as concepções da política brasileira de redução de danos, este

estudo se dividiu em 3 categorias, sendo a primeira correspondente ao histórico da política de redução de danos, a segunda sobre as estratégias para a aplicação de redução de danos e a terceira as principais problemáticas para a implementação da política de redução de danos.

Histórico da Política de Redução de Danos

A história da redução de danos é relativamente recente e está associada à epidemia de HIV/AIDS na década de 80, que atingiu especialmente pessoas que injetavam drogas. Na época, muitos usuários de drogas compartilhavam seringas e agulhas, o que aumentava a transmissão do vírus. Para lidar com essa situação, profissionais da saúde e ativistas começaram a desenvolver estratégias para minimizar os danos associados ao uso de drogas, incluindo a transmissão de doenças (Garcia *et al.*, 2019; Tagliamento *et al.*, 2020).

Um dos primeiros programas de redução de danos foi implementado em 1986, na Holanda. O programa oferecia seringas e agulhas limpas e esterilizadas para usuários de drogas injetáveis, além de informações sobre como reduzir o risco de infecção pelo HIV e outras doenças. O sucesso do programa levou à sua expansão para outras partes da Europa e, posteriormente, para outros continentes (Dias; Alburquerque; Napo, 2018).

No que se refere ao Brasil, a política de redução de danos começou a ser desenvolvida no início dos anos 90, quando a epidemia de HIV/AIDS começou a se espalhar pelo país. Em 1993, foi criado o Programa Nacional de DST/AIDS, que incluía ações de redução de danos para usuários de drogas. O programa previa a distribuição de seringas e agulhas, além de outras estratégias para minimizar os riscos associados ao uso de drogas (Pires; Ximenes, 2021).

Desde então, a política de redução de danos tem se expandido gradualmente no Brasil, com a implementação de serviços e programas que visam minimizar os danos associados ao uso de drogas, desse modo, ela começou a incluir outras estratégias, como a distribuição de preservativos e materiais informativos sobre drogas (Roque; Guimarães, 2019).

Contudo, foi somente depois de 2005 após a realização da primeira Conferência Nacional de Redução de Danos, que reuniu pesquisadores, profissionais de saúde, ativistas e usuários de drogas para discutir a política de redução de danos, que foi proposto as diretrizes para a implementação da política no país (Reinholz, 2019).

Logo, em julho de 2005, foi criada a Política Nacional sobre Drogas, por meio da portaria nº 1.028, que estabeleceu diretrizes para a atenção aos usuários de drogas, incluindo ações de redução de danos, como afirma Brasil (2005, p.1): “Esta política determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.”

Atualmente a política de redução de danos é reconhecida como uma estratégia importante para minimizar os riscos associados ao uso de drogas e promover a saúde e o bem-estar das pessoas. Ela, no Brasil, é coordenada pelo Ministério da Saúde, que trabalha em parceria com organizações não-governamentais e movimentos sociais para implementar as ações previstas na política (Souza; Ranzoni, 2020).

Estratégias para a aplicação de redução de danos

As estratégias para a aplicação de redução de danos têm como objetivo minimizar os danos associados ao consumo de drogas, ao invés de promover a abstinência total. Essas estratégias são importantes para garantir a saúde e o bem-estar dos usuários de drogas, reduzindo a transmissão de doenças infecciosas e outras complicações associadas ao uso de drogas (Lopes; Gonçalves, 2018).

A distribuição de materiais estéreis, como seringas e agulhas, é uma das estratégias mais conhecidas de redução de danos. Esse plano é importante para evitar a transmissão de doenças infecciosas, como o HIV e a hepatite C, que são comuns entre os usuários de drogas que compartilham seringas contaminadas. Além disso, a distribuição de materiais estéreis pode ajudar a reduzir o estigma associado ao uso de drogas, promovendo a aceitação social dos usuários dessas substâncias (Martins; Buchele; Bolsoni, 2021).

A troca de seringas é outra estratégia importante para a redução de danos, esse método envolve a troca das seringas usadas por seringas novas, além do recolhimento das seringas usadas. Isso ajuda a evitar que as seringas sejam descartadas em lugares públicos, reduzindo o risco de acidentes e contaminação. Além disso, Prudêncio e Sena (2022) afirmam que a troca de seringas também pode ser uma oportunidade para os usuários de drogas receberem informações sobre os riscos associados ao uso de drogas e sobre os serviços de saúde disponíveis (Lopes; Gonçalves, 2018).

A realização de testes de HIV e hepatites é outra estratégia importante para a redução de danos. A identificação precoce da infecção permite que os usuários de drogas recebam tratamento adequado, reduzindo a progressão da doença e melhorando a qualidade de vida. Além disso, a informação sobre o status sorológico pode ajudar os usuários de drogas a tomar medidas para evitar a transmissão do vírus (Mesquita, 2020).

Além dos métodos supracitados, também há o tratamento de dependência química, cujo o objetivo é reduzir o consumo de drogas, a partir da abordagem multidisciplinar que inclui médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais. O tratamento pode incluir terapia individual ou em grupo, além do uso de medicamentos para reduzir os sintomas de abstinência e prevenir recaídas (Souza; Rozani, 2020).

Nesse sentido, surge a última estratégia da redução de danos que é a oferta de serviços de saúde e assistência social é fundamental para garantir o acesso dos usuários de drogas a cuidados básicos de saúde e outras necessidades básicas. Esses serviços podem incluir vacinação, tratamento de infecções, cuidados com a higiene pessoal, acesso à moradia e ao trabalho, entre outros (Lopes; Gonçalves, 2018).

Principais problemáticas para a implementação da política de redução de danos

Embora a abordagem da redução de danos tenha sido bem-sucedida em reduzir os danos associados ao uso de drogas em vários países, sua implementação ainda enfrenta resistência em alguns setores da sociedade, que a consideram uma abordagem que “tolera” o uso de drogas (Tristão; Avelar, 2019).

No entanto, a evidência mostra que a redução de danos é uma abordagem eficaz

para lidar com os problemas relacionados ao uso de drogas, especialmente em populações vulneráveis, como usuários de drogas injetáveis, e que sua implementação pode levar a uma redução significativa dos danos associados ao uso de drogas (Moreira *et al.*, 2019).

Desse modo, essa política no Brasil enfrenta uma série de desafios e problemas que têm limitado a sua capacidade de atender às necessidades da população que necessita desses serviços (Miranda *et al.*, 2018; Moreira *et al.*, 2019).

De acordo com Gomes e Vecchia (2018), um dos principais desafios é a falta de investimento por parte do estado, que limita a capacidade dos serviços de redução de danos de atenderem à demanda da população que necessita desses serviços. Prudêncio e Sena (2022) reforçam que essa falta de investimento também tem impedido a ampliação da oferta de serviços de redução de danos em áreas rurais e em regiões mais pobres do país.

Outro problema enfrentado pela política de redução de danos é o estigma social em torno do uso de drogas. Muitas pessoas ainda associam a redução de danos com a ideia de que ela incentiva o uso de drogas, o que gera preconceito e resistência à sua implementação. Além disso, a criminalização do uso de drogas no Brasil faz com que muitos usuários sejam estigmatizados e criminalizados, o que para Santos (2020), dificulta o acesso aos serviços de redução de danos.

Ademais, ressalta-se a falta de integração dos serviços de redução de danos com outros serviços de saúde é outra problemática recorrente no país, infere-se, portanto que os serviços de redução de danos não estão integrados com outros serviços de saúde, o que limita a sua capacidade de prestar assistência adequada aos usuários de drogas, isso gera falhas na continuidade do cuidado e na coordenação dos serviços, assim, o usuário não consegue entrar na rede de atenção em saúde de forma íntegra (Martins; Buchele; Bolsoni, 2021).

Tal fato se torna mais agravante ao analisar o trabalho de Santos (2020) que verificou que estas dificuldades enfrentadas pelos serviços de redução de danos se intensificam ao atender às necessidades de grupos específicos, como as mulheres que usam drogas e as pessoas que vivem em situação de rua. Esses grupos apresentam necessidades específicas que nem sempre são atendidas pelos serviços de redução de danos, o que pode limitar a efetividade da política.

Por fim, os estudos de Miranda (2018) e Garcia (2019) apontam que a resistência política como uma das principais problemáticas enfrentadas pela política de redução de danos, uma vez que limita a sua capacidade de atender às necessidades da população que necessita desses serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infere-se, por fim, que a política nacional de redução de danos é um importante método para garantir a saúde e o bem-estar dos usuários de drogas, reduzindo os danos associados ao consumo dessas substâncias. Logo, entende-se que a implementação das estratégias dessa política deve ser adaptada às características da população-alvo e às condições locais, a fim de maximizar os benefícios e minimizar os riscos associados à

política de redução de danos.

Destaca-se, desse modo, que a política de redução de danos no Brasil enfrenta uma série de desafios e problemáticas que têm limitado a sua capacidade de atender às necessidades da população que necessita desses serviços. Para superar essas problemáticas, é necessário investir na ampliação e integração dos serviços de redução de danos, além de promover a conscientização e a redução do estigma social em torno do uso de drogas, ademais, ressalta-se a necessidade de mais estudos que abordem esta política para consolidar um arcabouço teórico sobre esta temática.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, E. I.; FIGUEIREDO, K. A. **Os efeitos da contrarreforma psiquiátrica na política de redução de danos no campo do álcool e outras drogas**. Research, Society and Development, v. 12, n. 4, p. e13812440728-e13812440728, 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. portaria nº 1.028, de 1º de julho DE 2005. **Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria**. Diário Oficial da União, 2005.

DIAS, G. Á; ALBUQUERQUE, R. C. A; NAPPO, S. A. **Redução de danos e políticas públicas para pessoas que usam drogas: um relato de experiência sobre a formação clínico-política-pedagógica na formação profissional**. Revista Psicologia Política, v. 18, n. 42, p. 353-363, 2018.

GARCIA, E. L. *et al.* **Redução de danos: a construção do ato nômade e do cuidado compartilhado**. Revista Cesumar–Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, v. 24, n. 1, p. 9-27, 2019.

GOMES, T. B; VECCHIA, M. D. **Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2327-2338, 2018.

LOPES, H. P; GONÇALVES, A. M. **A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade**. Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 13, n. 1, p. 1-15, 2018.

MARQUES, M; URQUIZA, E; BEZERRA, D. **Análise de conteúdo**. Clube de Autores. 2021.

MESQUITA, F. Redução de danos. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 21, n. 2, p. 10-17, 2020.

MIRANDA, T. B. *et al.* **Álcool e outras drogas na perspectiva da política de redução de danos**. Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, v. 3, n. 5, p. 35-50, 2018.

MOREIRA, C. R. *et al.* **Redução de danos: tendências em disputa nas políticas de saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, p. 312-320, 2019.

MARTINS, M. E. R; BUCHELE, F; BOLSONI, C. C. **Uma revisão bibliográfica sobre as estratégias de construção da autonomia nos serviços públicos brasileiros de atenção em saúde a usuários de drogas**. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, p. e00358820, 2021.

PAIVA, J. C. *et al.* **Redução de Danos e sua potencialidade como ferramenta antirracista na atenção psicossocial.** Revista de Políticas Públicas, v. 25, n. 2, p. 720-737, 2021.

PETUCO, D. As três ondas da redução de danos no Brasil. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 21, n. 2, p. 94-103, 2020.

PEREIRA, S. S. *et al.* **Concepções de redução de danos: discursos de profissionais de enfermagem da atenção primária à saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, 2020.

PIRES, R. R; XIMENES, V. M. **Sentidos Atribuídos por Profissionais de Psicologia sobre a Redução de Danos.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 37, 2021.

SANTOS, M. P; PIRES, R. R. C. **Sentidos da “Redução de Danos” nos CAPS AD do Distrito Federal: entre o “escopo ampliado” e traduções conservadoras.** Teoria e cultura, v. 15, n. 2, 2020.

SOUZA, F. É; RONZANI, T. M. **Desafios às práticas de redução de danos na atenção primária à saúde.** Psicologia em Estudo, v. 23, 2020.

RAUPP, L. *et al.* **Caracterização de atores e práticas de Redução de Danos na região Sul do país.** Saúde e Sociedade, v. 31, 2022.

REINHOLZ, P. R. **A interferência do direito penal na questão das drogas: uma análise do programa de redução de danos.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso, Vitória: Faculdade de Direito de Vitória, 2019.

ROQUE, C. A. O; GUIMARÃES, R. R. R. **Redução de danos: estratégias de cuidado em centro de atenção psicossocial álcool e drogas.** Diversidade, p. 7, 2019.

TAGLIAMENTO, G. *et al.* **Processo de saúde-doença nos modelos de abstinência e redução de danos: Revisão integrativa da literatura.** Psicologia Argumento, v. 38, n. 99, p. 174-200, 2020.

TRISTÃO, K. G; AVELLAR, L. Z. **A estratégia de redução de danos no cuidado a adolescentes em uso de substâncias psicoativas.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 11, n. 30, p. 55-77, 2019.

Perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Guarujá

Epidemiological profile of infant mortality in the city of Guarujá

Fernanda da Silva Paz

Universidade do Oeste Paulista (Unoeste/Biomedicina). <http://lattes.cnpq.br/2486327714984151>

Tatiana Fátima Guilherme Brito

Universidade do Oeste Paulista(Unoeste/Biomedicina). <https://lattes.cnpq.br/5961557605145539>

Walace Fernando Rocha de Souza

Universidade do Oeste Paulista(Unoeste/Biomedicina). <https://lattes.cnpq.br/2484664748222715>

RESUMO

Este estudo aborda a influência de vários fatores na mortalidade infantil, incluindo condições biológicas maternas, ambientais, serviços de saúde e relações sociais. A justificativa destaca a importância de compreender esses aspectos para propor medidas de prevenção e intervenção, visando melhorar a atenção à saúde infantil em Guarujá. O objetivo principal é analisar o perfil epidemiológico dos óbitos infantis na cidade, proporcionando subsídios para direcionar as linhas de cuidado infantil na rede de saúde, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Utilizando uma abordagem transversal retrospectiva, a metodologia adotada emprega a frequência absoluta como medida de análise, com dados obtidos do painel de monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal do DA-ENT de 2017 a 2022. A análise destes dados busca identificar padrões, características relevantes, grupos de maior risco e fatores associados aos óbitos infantis em Guarujá, fornecendo assim embasamento crucial para a implementação de ações de saúde pública direcionadas à redução da mortalidade infantil.

Palavras-chave: mortalidade infantil; epidemiologia; Guarujá.

ABSTRACT

This study addresses the influence of various factors on infant mortality, including maternal biological conditions, environmental factors, healthcare services, and social relations. The justification emphasizes the importance



of understanding these aspects to propose preventive and intervention measures, aiming to enhance infant healthcare in Guarujá. The main objective is to analyze the epidemiological profile of infant deaths in the city, providing insights to guide infant care strategies within the healthcare network, especially within the framework of the Unified Health System (SUS). Employing a retrospective cross-sectional approach, the methodology utilizes absolute frequency as the analytical measure, utilizing data from the Monitoring Panel of Infant and Fetal Mortality of the Department of Epidemiological Analysis and Surveillance of Non-Communicable Diseases (DAENT) from 2017 to 2022. The analysis of this data seeks to identify patterns, relevant characteristics, higher-risk groups, and factors associated with infant deaths in Guarujá, offering crucial groundwork for the implementation of public health actions aimed at reducing infant mortality.

Keywords: infant mortality; epidemiology; Guarujá.

INTRODUÇÃO

A saúde infantil é uma prioridade, a atenção à saúde dessa população é de garantir a integralidade do cuidado infantil. Para tanto, esse estudo objetiva averiguar o perfil epidemiológico dos óbitos infantis no município do Guarujá. A mortalidade infantil apresenta relações com uma série de fatores: condições biológicas maternas e infantis (idade da mãe, paridade, intervalo entre os partos, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo no crescimento intrauterino); condições ambientais, existência dos serviços de saúde e da acessibilidade da população a eles, abastecimento de água potável, saneamento básico adequados, e, fundamentalmente, as relações sociais que organizam a vida concreta das pessoas (moradia, trabalho, renda, nível de informação, proteção social e etc. (Justino *et al.*, 2021; França *et al.*, 2016).

De maneira geral, os óbitos infantis podem ser classificados em dois grandes grupos, de acordo com a idade da criança. O neonatal, quando a morte ocorre dentro das quatro primeiras semanas de vida, está associado principalmente às causas perinatais e às anomalias congênitas, e o pós neonatal ou tardio, que se relaciona predominantemente às doenças infecciosas e à desnutrição (Victora *et al.*, 2001).

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) tem sido, ao longo do tempo, utilizado como um bom indicador das condições de vida. É simples de ser calculado e reflete o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população: os menores de um ano. É definido pelo número de óbitos de menores de um ano de idade por cada mil nascidos vivos, em determinada área geográfica e período, e interpreta-se como a estimativa do risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. Valores altos refletem, em geral, níveis precários de saúde, condições de vida e desenvolvimento socioeconômico (Duarte *et al.*, 2007).

No Brasil, até bem pouco tempo, toda a informação relativa aos óbitos era de responsabilidade da Fundação IBGE. Hoje, os dados de mortalidade advêm de um sistema montado pelo Ministério da Saúde, em 1975, e que vem se aperfeiçoando desde então. O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) teve início com a implantação, em nível nacional, de um modelo padronizado de atestado de óbito. Esse, uma vez preenchido pelo

médico (ou perito-legista, no caso de mortes por causas não naturais) deve ser levado ao Cartório de Registro Civil, de onde os dados são recolhidos periodicamente, por órgãos estaduais, que os digitam e analisam, remetendo-os, posteriormente, ao Ministério da Saúde para publicação do consolidado nacional (Jorge *et al.*, 1997; Maranhão *et al.*, 2012).

JUSTIFICATIVA

O estudo traz a reflexão dos dados de morbidade e mortalidade infantil e os achados devem impulsionar a tomada de conduta de gestores municipais e estaduais de saúde sobre as peculiaridades loco regionais, bem como orientar investimentos financeiros na Atenção Primária à Saúde e uma melhor orientação das linhas de cuidado infantil em toda rede de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, Atenção Básica, hospitais com leitos pediátricos, laboratórios e outros serviços de saúde pediátricos.

OBJETIVO

Determinar o perfil epidemiológico dos óbitos infantis no Guarujá no período de 2017 a 2022.

METODOLOGIA

A obtenção dos dados é através do painel de monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT) - Secretaria de Vigilância em Saúde, Portal do Governo Brasileiro, no qual utilizam como fonte de dados o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Esses dados estão disponíveis para o Brasil como um todo.

Para relacionar o estudo transversal retrospectivo utilizando frequência absoluta com a mortalidade infantil na cidade de Guarujá, SP, é necessário a coleta de dados retrospectivos sobre os óbitos de crianças na região. A partir desses dados, é feita uma análise utilizando a frequência absoluta para examinar a ocorrência e distribuição da mortalidade infantil na cidade. Inicialmente, os dados são coletados retrospectivamente para um período de tempo específico; as variáveis de interesse são definidas; a partir dos dados obtidos, é feita a contagem direta do número de óbitos infantis na cidade de Guarujá para cada categoria de interesse; com base nas frequências absolutas, é possível descrever a distribuição dos óbitos infantis na cidade, identificar padrões e características relevantes; os resultados obtidos a partir da análise das frequências absolutas relacionando ao coeficiente de mortalidade infantil, onde são interpretados para compreender a situação da mortalidade infantil na cidade de Guarujá, SP. Sendo possível identificar grupos de maior risco, fatores associados aos óbitos infantis e, potencialmente, embasar ações de saúde pública voltadas para a redução da mortalidade infantil.

As informações atribuídas ao estudo foram: O ano de referência (2017-2022), local de registro (óbitos por residência), abrangência (município Guarujá), país (Brasil), unidade de federação (SP), indicador (causas evitáveis), categoria (notificação de óbitos

infantis e fetais), estatística (número de óbitos), local de ocorrência (todos - hospital, outros estabelecimentos de saúde, domicílio, via pública, outros, aldeia indígena, ignorado), grupo etário (infantil), óbito atestado por médico (todos - médico, substituto, IML, SVO, outros, ignorado). E as variáveis do estudo, como sexo (todos - feminino, masculino, ignorado), raça/cor: (todos - branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado).

RESULTADOS

O cálculo de coeficiente de mortalidade infantil foi feito da seguinte forma: Índice de mortalidade infantil = (Número de óbitos em menores de um ano, dividido pelo número de nascidos vivos e multiplicado por 1.000).

Os dados apresentados mostram a evolução da taxa de mortalidade infantil em Guarujá e algumas cidades da Baixada Santista, como Bertioga, Cubatão, Santos, São Vicente e Praia Grande, no estado de São Paulo, no período de 2017 a 2022.

Essas informações foram obtidas no Departamento de Ações e Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DAENT) do Ministério da Saúde.

Tabela 1 – Morte infantil.

Cidade	Ano					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Baixada Santista	216	206	208	144	157	154
Bertioga	12	11	9	7	10	10
Cubatão	15	15	17	13	5	13
Guarujá	59	60	54	40	48	44
Praia Grande	43	39	51	36	34	36
Santos	34	39	35	16	22	24
São Vicente	53	42	42	32	38	27

Fonte: Adaptado de Departamento de Ações e Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DAENT) do Ministério da Saúde. (2022)

Tabela 2 – Nascidos vivos.

Cidade	Ano					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Baixada Santista	21.073	20.815	19.498	19.145	18.162	17.263
Bertioga	1.045	1.045	963	955	980	949
Cubatão	1.620	1.624	1.489	1.600	1.399	1.329
Guarujá	4.429	4.497	4.139	3.975	3.804	3.651
Praia Grande	4.554	4.511	4.245	4.371	4.215	4.178
Santos	4.768	4.569	4.364	4.084	3.884	3.699
São Vicente	4.657	4.569	4.298	4.160	3.880	3.457

Fonte: Adaptado de Departamento de Ações e Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DAENT) do Ministério da Saúde. (2022)

Tabela 3 – Taxas de M.I.

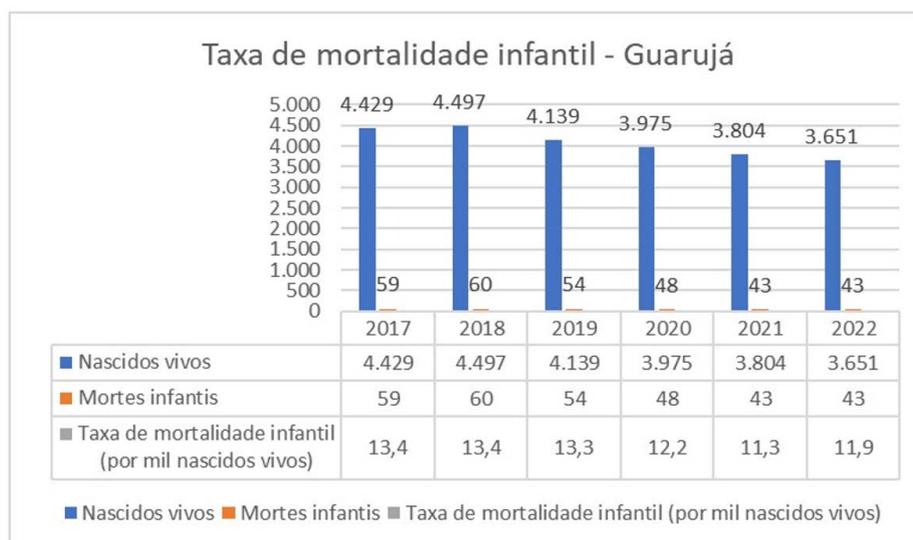
Cidade	Ano					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Baixada Santista	10,25	9,89	10,66	7,52	8,64	8,92
Bertioga	11,48	10,52	9,34	7,32	10,20	10,53
Cubatão	7,40	9,23	11,41	8,12	3,57	9,78
Guarujá	13,32	13,34	13,04	10,13	12,61	12,05
Praia Grande	9,44	8,64	12,01	8,23	8,06	8,61
Santos	7,13	8,53	8,02	3,91	5,66	6,48
São Vicente	11,38	9,19	9,77	7,69	9,79	7,81

Fonte: Adaptado de Departamento de Ações e Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DAENT) do Ministério da Saúde. (2022)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) aceitável é de 10 mortes para cada mil nascidos vivos (NV). A OMS considera que uma TMI de 10 ou menos mortes por mil nascidos vivos é um indicador de saúde pública aceitável porque reflete um nível de desenvolvimento social e econômico que garante a sobrevivência das crianças.

No Brasil, o CMI em 2022 foi de 13,3 óbitos por mil nascidos vivos. Isso significa que, em 2022, 13,3 crianças morreram antes de completar 1 ano de idade para cada 1.000 crianças que nasceram vivas. O Brasil ainda está longe de atingir a meta de 10 mortes por mil nascidos vivos, mas tem feito progressos significativos nos últimos anos. Em 1990, o CMI no Brasil era de 54,2 óbitos por mil nascidos vivos.

Figura 1 – Taxa de mortalidade infantil de Guarujá.



Fonte: Autoria própria (2022)

Em 2017, Guarujá apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 13,4 mortes por mil nascidos vivos, acima da meta da OMS. Nos anos seguintes, a taxa de mortalidade infantil apresentou uma tendência de queda, chegando a 11,9 mortes por mil nascidos vivos em 2022, atingindo uma média de 12,41 entre esses anos, enquanto que a média das

idades da Baixada Santista foi de 9,31 mortes por mil nascidos vivos entre 2017 e 2022. A média de mortalidade infantil em Guarujá foi superior à média das cidades da Baixada Santista em todos os anos analisados.

Tabela 4 – Mortalidade infantil por raça/cor.

Guarujá	Mortes infantis			
	Branca	Preta	Amarela	Parda
2017	34	0	0	25
2018	32	1	0	27
2019	32	0	0	22
2020	22	0	0	17
2021	31	0	1	15
2022	34	0	0	25

Fonte: Adaptado de Departamento de Ações e Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DAENT) do Ministério da Saúde. (2022)

Tabela 5 – Nascidos vivos por raça/cor.

Guarujá	Mortes infantis			
	Branca	Preta	Amarela	Parda
2017	1557	203	13	2638
2018	1562	281	22	2566
2019	1372	354	8	2377
2020	1332	304	14	2286
2021	1303	318	19	2118
2022	1257	342	19	1984

Fonte: Adaptado de Departamento de Ações e Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DAENT) do Ministério da Saúde. (2022)

Tabela 6 – Taxa de mortalidade infantil por raça/cor.

Guarujá	Mortes infantis			
	Branca	Preta	Amarela	Parda
2017	21,83	0	0	9,47
2018	20,48	3,55	0	10,52
2019	23,32	0	0	9,25
2020	16,51	0	0	7,43
2021	23,79	0	52,63	7,08
2022	16,7	0	0	10,08

Fonte: Adaptado de Departamento de Ações e Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DAENT) do Ministério da Saúde. (2022)

De acordo com as informações obtidas, a raça branca possui uma média de 20,43 mortes por mil nascidos vivos entre 2017 e 2022, enquanto que a parda obteve uma média de 8,97.

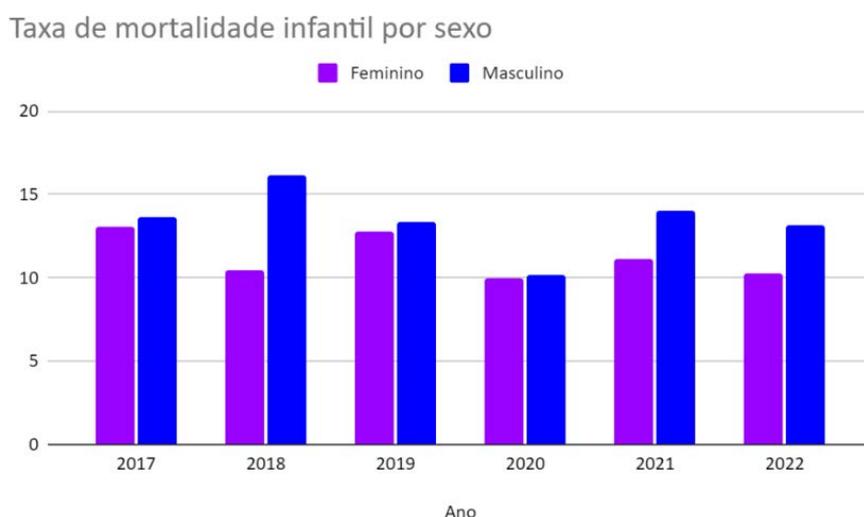
Tabela 7 – Nascidos vivos por raça/cor

Guarujá	Mortes infantis		Nascidos vivos		Taxa de mortalidade infantil	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
2017	28	31	2149	2279	13,02	13,6
2018	23	37	2205	2292	10,43	16,14
2019	26	28	2040	2099	12,74	13,33
2020	20	20	2006	1967	9,97	10,16
2021	21	27	1878	1924	11,18	14,03
2022	18	25	1755	1896	10,25	13,18

Fonte: Adaptado de Departamento de Ações e Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DAENT) do Ministério da Saúde. (2022)

A média das taxas de mortalidade infantil para meninas e meninos em Guarujá foi de 11,26 para meninas e 13,40 para meninos entre 2017 e 2022.

Figura 2 – Taxa de mortalidade infantil por sexo de Guarujá.



Fonte: A autoria própria (2022)

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil tem caído significativamente nas últimas décadas. A Baixada Santista, no estado de São Paulo, também apresentou uma queda nos índices de mortalidade infantil nos últimos anos. Em 2017, a taxa média era de 10,25 óbitos por mil nascidos vivos. Em 2022, essa taxa caiu para 8,92 óbitos por mil nascidos vivos. A comparação entre as cidades da Baixada Santista mostra que há diferenças significativas nos índices de nascidos vivos e nas mortes infantis.

Em geral, as cidades com maior índice de nascidos vivos também têm maior número de mortes infantis. Isso pode ser explicado por uma série de fatores, incluindo a desigualdade social, a falta de acesso a serviços de saúde de qualidade e a gravidez na adolescência.

A desigualdade social é um dos principais fatores que contribuem para a mortalidade infantil. As famílias mais pobres têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade, como pré-natal, parto assistido e cuidados neonatais. Isso aumenta o risco de complicações durante a gravidez e o parto, que podem levar à morte do bebê.

A maior taxa de mortalidade infantil é do sexo masculino. esse resultado indica que, apesar da queda nas taxas de mortalidade infantil para ambos os sexos, as meninas ainda têm um risco ligeiramente menor de morrer antes de completar um ano de idade do que os meninos.

Há uma série de fatores que podem contribuir para essa diferença, incluindo:

Os meninos são mais propensos a nascer prematuros e com baixo peso, o que aumenta o risco de morte neonatal, a sofrer de doenças infecciosas, como a pneumonia e a diarreia, que também aumentam o risco de morte infantil, a sofrer de acidentes, como afogamentos e quedas, que também podem levar à morte. Epigenética: as diferenças de sexo podem ser influenciadas pela epigenética, que é a alteração da expressão dos genes sem alterar a sequência do DNA. Hormônios: os hormônios masculinos podem aumentar o risco de doenças que podem levar à morte neonatal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da queda nos índices de mortalidade infantil na Baixada Santista nos últimos anos, ainda há muito a ser feito para reduzir ainda mais essa taxa, especialmente nas cidades com indicadores socioeconômicos mais baixos. Para isso, é preciso investir em políticas públicas que atendam às necessidades dessas populações.

O acesso a serviços de saúde de qualidade é outro fator importante. O pré-natal é essencial para identificar e tratar possíveis problemas de saúde da mãe e do bebê. O parto assistido por um profissional qualificado também pode ajudar a prevenir complicações.

As seguintes recomendações podem ser feitas para reduzir ainda mais a mortalidade infantil na Baixada Santista:

Fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que todos os cidadãos tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, independentemente de sua renda ou raça.

Implementar programas de prevenção e diagnóstico precoce de problemas de saúde durante a gravidez e o parto.

Investir em educação e conscientização sobre os direitos das mulheres e crianças.

Promover a inclusão social e a redução da desigualdade.

Continuar investindo em políticas para melhorar a assistência pré-natal e neonatal: essas políticas devem ser voltadas para as populações mais vulneráveis, como as que vivem em áreas de baixa renda e com acesso limitado a serviços de saúde.

Ampliar ainda mais o acesso a serviços de saúde: isso pode ser feito por meio da construção de novos hospitais e unidades de saúde, da contratação de mais profissionais de saúde e da melhoria da qualidade do atendimento.

Melhorar as condições de vida da população: isso pode ser feito por meio do investimento em saneamento básico, segurança pública e educação.

REFERÊNCIAS

- ALVES, T. F.; COELHO, A. B. **Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1259–1264, abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações e Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DAENT)**. Cobertura da atenção pré-natal, parto e puerpério no Brasil, 2017-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
- DUARTE, Cristina Maria Rabelais. **Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil**: revisão da literatura sobre a última década. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 1511-1528, 2007.
- FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. **Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil**: Situação. Tendências e Perspectivas. *Anais*, p. 1-29, 2016.
- JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; LATORRE, Maria do Rosário D. de O. **I-Análise dos dados de mortalidade**. *Revista de saúde pública*, v. 31, p. 05-25, 1997.
- JUSTINO, Dayane Caroliny Pereira *et al.* **Avaliação das causas de morbidade e mortalidade infantil no Brasil**. *O Mundo da Saúde*, v. 45, n. s/n, p. 152-161, 2021.
- MARANHÃO, Ana Goretti Kalume *et al.* **Mortalidade infantil no Brasil**: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. 2012.
- VICTORA, Cesar G. **Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 4, p. 3-69, 2001.
- OMS e OPAS. (2022). **Indicadores de Saúde**: Elementos Conceituais e Práticos. Brasília: OPAS/OMS.

AGRADECIMENTOS

À medida que concluímos este trabalho, gostaríamos de expressar nossa sincera gratidão a todos que contribuíram para o seu sucesso.

Primeiramente, queremos agradecer uns aos outros por nossa colaboração, comprometimento e trabalho em equipe ao longo deste processo. Cada um de nós trouxe habilidades e perspectivas únicas que enriqueceram o resultado final.

Agradecemos em especial o Professor Wallace Rocha, por sua orientação, conselhos valiosos e apoio ao longo deste projeto. Suas contribuições foram fundamentais para o nosso crescimento acadêmico e para a qualidade deste trabalho.

Agradecemos também às nossas famílias e amigos por seu incentivo, compreensão e paciência durante este período de estudos intensivos.

Agradecemos à instituição onde estudamos, Unoeste, por fornecer os recursos e o ambiente propício para o desenvolvimento deste trabalho.

Avaliação dos indicadores do previne Brasil nos municípios da região sul do Espírito Santo

Monitoring and evaluation of previne Brasil indicators in the municipalities of the south region of Espírito Santo

Jaqueline Bragio

Amanda Gomes Ribeiro

Auriane Morellato Ferrari

Bianca Piumbini Rocha Calenzani

Flavia Colodete Sobroza

Priscilla Santos de Oliveira Rocha

Rafaela Werner Silva

Renata Bossatto de Barros

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever e avaliar os resultados alcançados nos sete Indicadores do Previne Brasil nos municípios da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo. Trata-se de um estudo observacional e ecológico. Os dados foram coletados no período entre os meses de fevereiro a março de 2023. Analisamos os resultados do terceiro quadrimestre de 2022, extraídos do sistema e-Gestor Atenção Básica. Dos 26 municípios analisados, observamos uma cobertura de 90,77% de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Apesar de elevada cobertura na Região analisada comparada à média Estadual, observamos que nenhum Município da Região atingiu nota máxima (10) do Indicador Sintético Final (ISF). Os melhores resultados do ISF (acima de 9) foram observados nos municípios que possuem faixa populacional até 50 mil habitantes (Muniz Freire, Lúna, Anchieta, Muqui, Vargem Alta e Castelo) e cobertura de ESF entre 96,28% a 100%. Os resultados mostram fragilidade das equipes de saúde, apontando para a necessidade de fortalecimento de ações nos serviços de saúde, especialmente quando comparamos os resultados dos municípios com número elevado de habitantes (acima de 50 mil habitantes). Concluímos que o desempenho dos indicadores dos municípios analisados nos convidam a refletir não apenas nos números, e sim no que estes podem significar como possibilidades de monitorar e avaliar os serviços de saúde de uma determinada região ou município. Dessa forma é necessário es-



timular a participação social e envolvimento das equipes e profissionais nestes resultados para traçar ações e estratégias de melhoria e qualidade no cuidado prestado.

Palavras-chave: previne Brasil; indicadores básicos de saúde; atenção primária à saúde; saúde pública.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe and evaluate the results achieved in the seven Previne Brasil Indicators in the municipalities of the Southern Health Region of the State of Espírito Santo. This is an observational and ecological study. The data was collected in the period between February and March 2023. We analyzed the results from the third four months of 2022, extracted from the e-Gestor Atenção Básica system. Of the 26 municipalities analyzed, we observed 90.77% coverage of the Family Health Strategy (ESF). Despite the high coverage in the analyzed Region compared to the State average, we observed that no Municipality in the Region achieved the maximum score (10) in the Final Synthetic Indicator (ISF). The best ISF results (above 9) were observed in municipalities with a population range of up to 50 thousand inhabitants (Muniz Freire, Iúna, Anchieta, Muqui, Vargem Alta and Castelo) and ESF coverage between 96.28% and 100%. The results show the fragility of health teams, pointing to the need to strengthen actions in health services, especially when we compare the results of municipalities with a high number of inhabitants (over 50 thousand inhabitants). We conclude that the performance of the indicators of the municipalities analyzed invite us to reflect not just on the numbers, but on what they can mean as possibilities for monitoring and evaluating health services in a given region or municipality. Therefore, it is necessary to encourage social participation and involvement of teams and professionals in these results to outline actions and strategies for improvement and quality in the care provided.

Keywords: prevents Brazil; basic health indicators; primary health care; public health.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é compreendida como a ordenadora e coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo Mendes (2015) a capacidade da APS coordenar, garantindo acesso e continuidade da assistência em saúde, depende o trabalho desempenhado pela equipe de saúde “com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS” (p.33).

O Previne Brasil é um programa de financiamento da APS, instituído pela Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Nesse novo modelo de financiamento o repasse das transferências para os municípios segue alguns critérios tais como “capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e Incentivo financeiro com base em critério populacional” (Brasil, 2019). Um dos objetivos do programa é garantir o acesso dos usuários na APS, com a criação de vínculo entre comunidade e equipe de saúde, assim como responsabilizar gestores e profissionais quanto ao cuidado da população adstrita.

Os indicadores do Previne Brasil estão pautados na atuação das Equipes da APS em relação às estratégias de atenção e cuidado na Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Condições Crônicas, como a Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial (Brasil, 2020). Os resultados de desempenho dos indicadores são analisados a cada quatro meses. Nesta pesquisa partimos da hipótese da seguinte questão norteadora: o desempenho dos indicadores está associado a cobertura populacional estimada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF)? Acreditamos que ao se conhecer os resultados de desempenho de uma Região de Saúde, podemos subsidiar tomadas de decisão estratégica dos gestores e profissionais de saúde, além de ampliar as ações de monitoramento e avaliação em saúde.

Face ao apresentado, e na tentativa de se responder à questão disparadora, o objetivo deste estudo foi descrever e avaliar os resultados alcançados nos sete Indicadores do Previne Brasil nos municípios da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional e ecológico, realizado na Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo, Brasil. O Estado está localizado na região sudeste do país, é composto por 78 municípios, dividido em três regiões de saúde (Central-Norte, Metropolitana e Sul) compondo uma população total de 4.108.508 habitantes e uma população coberta de 76,53% na Atenção Primária à Saúde (APS). A Região Sul de Saúde do Estado, é formada por 26 municípios, 227 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 5 Equipes de Atenção Primária (EAP).

Os dados foram coletados no período entre os meses de fevereiro a março de 2023. Analisamos os resultados do terceiro quadrimestre de 2022 (Q3-2022), extraídos do sistema e-Gestor Atenção Básica (AB) – painel de indicadores. Os dados da cobertura de ESF (2022) e da população 2022, segundo a estimativa do IBGE, fornecidos também pelo relatório do e-Gestor AB. Os sete indicadores analisados foram (Brasil, 2019; USP, 2020):

- “Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação”. É um indicador com parâmetro de 100%, peso de avaliação 1, e sua meta estabelecida para o ano de 2022 é de 45%. Para cálculo do indicador foi utilizado como fórmula: numerador número de gestantes com 6 consultas Pré-Natal (PN), com a 1ª até 20 semanas de gestação e denominador o número (Nº) de gestantes identificadas.
- “Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV”. É um indicador com parâmetro de 100%, peso de avaliação 1, e sua meta estabelecida para o ano de 2022 é de 60%. Para cálculo do indicador foi utilizado como fórmula: numerador número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis. O denominador será o resultado da multiplicação entre o Parâmetro de Cadastro da População IBGE pelo número de gestantes identificadas.
- “Proporção de Gestantes com atendimento odontológico realizado”. É um

indicador com parâmetro de 100%, peso de avaliação 2, e sua meta estabelecida para o ano de 2022 é de 60%. Sua fórmula de cálculo é calculada: numerador o número de gestantes com atendimento odontológico realizado na APS e para denominador será considerado o mesmo utilizado no Indicador 1.

- “Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS”. É um indicador com parâmetro de maior ou igual 80%, peso de avaliação 1, e sua meta estabelecida para o ano de 2022 é de 40%. Sua fórmula de cálculo é calculada: numerador o número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos e denominador o número de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas.
- “Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenza e tipo b e Poliomielite inativada”. É um indicador com parâmetro de 95%, peso de avaliação 2, e sua meta estabelecida para o ano de 2022 é de 95%. Sua fórmula de cálculo é calculada: numerador o número de 3 doses aplicadas de Pólio e Penta em menores de 1 ano e denominador o número de crianças cadastradas.
- “Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre”. É um indicador com parâmetro de 100%, peso de avaliação 2, e sua meta estabelecida para o ano de 2022 é de 50%. Sua fórmula de cálculo é calculada: numerador o número de hipertensos com a pressão arterial (PA) aferida semestralmente nos últimos 12 meses e denominador o número de hipertensos identificados.
- “Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre”. É um indicador com parâmetro de 100%, peso de avaliação 1, e sua meta estabelecida para o ano de 2022 é de 50%. Sua fórmula de cálculo é calculada: numerador o número de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (HbA1c) nos últimos 12 meses e denominador o número de diabéticos identificados.

Os indicadores apresentam peso de cálculo (1 ou 2), e este peso é o fator de multiplicação de cada indicador. A soma final de todos os pesos dos sete indicadores apresenta um total igual a 10, que será chamado de Indicador Sintético Final (ISF) e pode variar seu resultado de zero a 10. Cada indicador receberá uma classificação de cor do status atingido sendo Azul, Verde, Laranja e Vermelho, resultados alcançados do maior para o menor, respectivamente.

Após coleta dos dados, realizamos a análise dos dados, através da estatística descritiva, estratificada por município. Todos os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos (CEP) foram respeitados, de acordo com a Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que orienta a não necessidade de submissão ao sistema CEP/CONEP para as pesquisas com informações de domínio público.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Indicador 1 - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas

O primeiro Indicador analisado foi a “Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação”. A meta estabelecida para o ano de 2022 foi 45%. O objetivo deste indicador é demonstrar a captação precoce da gestante no município e seu acompanhamento durante a gestação. Observamos na Região analisada que dos 26 municípios, 13 atingiram a meta estabelecida e 13 não atenderam aos critérios do Previn Brasil. Os municípios da Região analisados em ordem de Classificação por Cor do Status do indicador foram:

- Azul: Iconha (73%); Mimoso do Sul (70%); Vargem Alta (63%); Apiacá (62%); Jerônimo Monteiro (61%); Muniz Freire (59%); Anchieta (58%); Muqui (55%); Castelo (51%); Piúma (49%); Dores do Rio Preto (48%); Iúna (47%); Atílio Vivacqua (45%).
- Verde: Alfredo Chaves (44%); Itapemirim (42%); Cachoeiro de Itapemirim (33% e Rio Novo do Sul (32%).
- Laranja: Irupi (29%); Marataízes (29%); Presidente Kennedy (24%) e Guaçuí (22%)
- Vermelho: Ibitirama (17%); Bom Jesus do Norte (10%); Divino São Lourenço e São José do Calçado (7%) e Alegre (6%).

Em nossos resultados podemos refletir sobre a comparação do resultado do desempenho dos indicadores da Região Sul do Estado do Espírito Santo (ES) em relação aos resultados de desempenho Nacional e Estadual. No primeiro indicador a Meta nacional atingida foi de 40%, e no ES foi de 38%. Assim, observamos que 13 municípios alcançaram a meta estabelecida no indicador, e 14 alcançaram a mesma média alcançada nacionalmente e 15 alcançaram a mesma meta do Estado.

Indicador 2 – proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

O objetivo deste indicador é dar continuidade no acompanhamento do indicador 1, mostrando às equipes de APS e gestores a relevância para a saúde do recém-nascido nestes exames de maior impacto. Os dados deste indicador são extraídos do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A Meta deste indicador para o ano de 2022 foi 60%. Dos 26 Municípios, 15 atingiram a meta estabelecida e 11 não alcançaram os critérios estabelecidos do Previn Brasil. Neste indicador a Meta nacional atingida foi de 60%, e no ES foi de 62%. Os municípios da Região analisados em ordem de Classificação por Cor do Status do indicador foram:

- Azul: Irupi e Muqui (98%); Vargem Alta (95%); Jerônimo Monteiro (90%); Iúna (89%); Iconha (88%); Mimoso do Sul (83%); Apiacá e Dores do Rio Preto (81%); Anchieta (76%); Castelo (75%); Guaçuí e Muniz Freire (73%); Piúma (72%);

Itapemirim (70%); Divino São Lourenço e São José do Calçado (60%).

- Verde: Alfredo Chaves e Marataízes (59%); Rio Novo do Sul (56%); Cachoeiro de Itapemirim (53%) e Atílio Vivacqua (48%).
- Laranja: Ibitirama (37%); Presidente Kennedy (34%) e Alegre (32%).
- Vermelho: Bom Jesus do Norte (20%).

Indicador 3 – proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado

O Objetivo deste indicador é mostrar para a equipe e gestão a capacidade de realizar atendimento em saúde bucal no pré-natal, demonstrando a coordenação do cuidado da ESF e sua interrelação com a equipe da Saúde Bucal do município. A Meta nacional estabelecida para 2022 foi 60%. Neste indicador a Meta nacional atingida foi de 53%, e no ES foi de 50%. Dos 26 Municípios da Região Sul de Saúde do Espírito Santo, 13 atingiram a meta estabelecida e 13 não atenderam aos critérios do Previne Brasil. Os municípios da Região analisados em ordem de Classificação por Cor do Status do indicador foram:

- Azul: Dores do Rio Preto (95%); Atílio Vivacqua (93%); Muqui (90%); Irupi e Vargem Alta (86%); Apiacá (85%); Mimoso do Sul (84%); Iconha (79%); Anchieta (76%); Iúna (73%); Muniz Freire (72%); Piúma (67%) e São José do Calçado (62%);
- Verde: Castelo (56%); Alfredo Chaves e Itapemirim (54%); Presidente Kennedy (52%); Cachoeiro de Itapemirim (49%); Jerônimo Monteiro; Rio Novo do Sul e Ibitirama (44%);
- Laranja: Guaçuí (39%); Marataízes (36%); Divino São Lourenço (33%);
- Vermelho: Alegre (14%) e Bom Jesus do Norte (0%).

Indicador 4 – proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS

O objetivo deste indicador é acompanhar a capacidade do município em realizar a vigilância ativa na captação de mulheres, acesso ao serviço para as mulheres em idade preconizada e aplicar esse exame em quantitativo compatível com a população de rastreamento adscrita. A Meta nacional estabelecida para 2022 foi 40%. Neste indicador a Meta nacional atingida foi de 21%, e no ES foi de 25%. Dos 26 Municípios da Região Sul de Saúde do Espírito Santo, 02 municípios atingiram a meta estabelecida e 14 não atenderam aos critérios do Previne Brasil. Os municípios da Região analisados em ordem de Classificação por Cor do Status do indicador foram:

- Azul: Irupi (54%) e Muniz Freire (43%).
- Verde: Alfredo Chaves (39%); Anchieta (38%); Castelo (37%); Rio Novo do Sul (33%); Apiacá, Piúma e Presidente Kennedy (32%); Iúna (29%); Bom Jesus do Norte e Itapemirim (28%);

- Laranja: Mimoso do Sul e Vargem Alta (26%); Jerônimo Monteiro (23%); Atílio Vivacqua (22%); Cachoeiro de Itapemirim (21%); Muqui (20%) e Dolores do Rio Preto (17%);
- Vermelho: Marataízes (14%); São José do Calçado (13%); Alegre e Guaçuí (9%); Divino São Lourenço (7%) e Ibitirama (5%).

Indicador 5 - proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite b, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e poliomielite inativada

O objetivo deste indicador é o acompanhamento e monitoramento das crianças, realizando captação para vacinas, bem como orientar e incentivar aos responsáveis sobre a importância da imunização. A Meta estabelecida para o ano de 2022 foi 95%. Neste indicador a Meta nacional atingida foi de 68%, e no ES foi de 60%. Dos 26 Municípios analisados, nenhum atingiu a meta estabelecida nos critérios do Previne Brasil. Os municípios da Região analisados em ordem de Classificação por Cor do Status do indicador foram:

- Azul: nenhum município ficou nessa classificação.
- Verde: Divino São Lourenço (94%); Muqui (87%); Alfredo Chaves (85%); Lúna e Vargem Alta (84%); Dolores do Rio Preto (83%); Castelo e Jerônimo Monteiro (78%); Anchieta, Atílio Vivacqua, Cachoeiro de Itapemirim e Guaçuí (77%); São José do Calçado (76%); Marataízes (75%) e Bom Jesus do Norte e Muniz Freire (73%).
- Laranja: Iconha e Presidente Kennedy (63%); Irupi (62%); Piúma (58%); Itapemirim (58%); Ibitirama (56%); Rio Novo do Sul (55%), Apiacá (52%) e Mimoso do Sul (48%).
- Vermelho: Alegre (14%).

Indicador 6 – proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre

O objetivo deste indicador é demonstrar para as equipes e gestores municipais a coordenação do cuidado com a pessoa Hipertensa, evidenciando o acesso ao serviço e a efetiva verificação de pressão arterial por pelo menos duas vezes ao ano (uma por semestre). A Meta estabelecida para 2022 foi 50%. Neste indicador a Meta nacional alcançada foi 27%, e no ES foi 28%. Dos 26 Municípios da Região Sul de Saúde do Espírito Santo, 08 atingiram a meta estabelecida nos critérios do Previne Brasil. Os municípios da Região analisados em ordem de Classificação por Cor do Status do indicador foram:

- Azul: Irupi (71%); Apiacá (66%); Muqui e São Jose do Calçado (63%); Muniz Freire (62%); Mimoso do Sul (60%) e Lúna (51%).
- Verde: Anchieta e Castelo (44%); Vargem Alta (43%); Piúma (42%); Jerônimo Monteiro (41%); Bom Jesus do Norte (39%) e Alfredo Chaves (36%);
- Laranja: Alegre (34%); Ibitirama (32%); Rio Novo do Sul (30%); Iconha e

Itapemirim (29%); Dores do Rio Preto e Guaçuí (27%); Marataízes (26%); Cachoeiro e Divino São Lourenço (25%); Atílio Vivacqua (22%) e Presidente Kennedy (21%).

- Vermelho: nenhum município ficou nesta classificação.

Indicador 7 – proporção de pessoas com diabetes, com consultas e hemoglobina glicada solicitada no semestre

O objetivo deste indicador é demonstrar para as equipes e gestores municipais o acompanhamento das pessoas com diabetes mellitus, bem como a padronização do exame de acompanhamento dessa doença. A Meta estabelecida para o ano de 2022 foi 50%. Neste indicador a Meta nacional alcançada foi 22%, e no ES 23%. Dos 26 Municípios da Região Sul de Saúde do Espírito Santo, 07 alcançaram a meta estabelecida e 19 não atenderam aos critérios do Previner Brasil. Os municípios da Região analisados em ordem de Classificação por Cor do Status do indicador foram:

- Azul: São José do Calçado (64%); Muniz Freire (62%); Irupi (60%); Iúna (58%); Apiacá (57%); Mimoso do Sul (53%) e Vargem Alta (51%).
- Verde: Alegre e Anchieta (48%); Itapemirim e Muqui (47%) e Castelo (44%);
- Laranja: Jerônimo Monteiro (34%); Alfredo Chaves e Piúma (28%);
- Vermelho: Bom Jesus do Norte e Marataízes (18%); Iconha (17%); Atílio Vivacqua e Cachoeiro de Itapemirim (16%); Ibitirama e Presidente Kennedy (14%); Rio Novo do Sul (11%); Guaçuí (8%); Divino São Lourenço e Dores do Rio Preto (7%).

Dos 26 municípios que compõem a Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo, observamos uma cobertura de 90,77% de ESF. A cobertura potencial da APS no Estado do Espírito Santo esta cobertura chega a 90,78%. Apesar de elevada a cobertura na Região analisada comparada à média Estadual, observamos que nenhum Município da Região atingiu nota máxima (10) do Indicador Sintético Final (ISF).

Os melhores resultados do ISF (acima de 9) foram observados nos municípios que possuem faixa populacional até 50 mil habitantes (Muniz Freire, Iúna, Anchieta, Muqui, Vargem Alta e Castelo) e cobertura de ESF entre 96,28 a 100%. Analisando os resultados dos desempenhos dos Municípios da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo, observamos que se faz necessário o fortalecimento de ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente quando comparamos os resultados dos municípios com numero elevado de habitantes (acima de 50 mil habitantes). Tal condição já foi apresentada e discutida entre outras pesquisas (Souza, 2019; Suplici *et al.*, 2020; Souza, Cunha, 2022).

Mendes (2012) aponta que a qualidade da APS está diretamente ligada ao desenvolvimento e organização dos seus atributos.

A presença dos sete atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Há evidências, produzidas em nosso país, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos (Mendes, 2015, p 34).

Corroborando com outras pesquisas (Barbosa, 2008; Moura, 2010; Medina, 2018) nossos resultados nos revelam as fragilidades nos Serviços da APS para oferecer serviços de qualidade na prevenção e promoção da saúde, já que os indicadores refletem essa capacidade da equipe e município em captar a população alvo e vincular à unidade para o cumprimento das metas estabelecidas.

Um estudo realizado no Estado de Santa Catarina, mostrou o resultado do desempenho dos indicadores do Previne Brasil, evidenciando que os melhores resultados foram alcançados por municípios com cobertura de 100% de ESF e com população inferior a 50 mil habitantes. Apesar de discutir a relação dos melhores desempenhos pelo maior percentual de cobertura de ESF, o trabalho demonstrou também que cinco municípios com população superior a 100 mil habitantes conseguiram alcançar bons resultados, em três dos indicadores analisados (Souza; Cunha, 2022).

Considerando o papel da ordenação do cuidado da APS, o desempenho dos indicadores não pode ser analisado isoladamente em um território. Entendemos que inúmeros fatores podem ajudar no alcance de metas estabelecidas, em especial, quando consideramos as diversidades e singularidades de uma região de saúde. No entanto, alguns indicadores refletem a capacidade potencial de oferecer determinado serviço em saúde, como o indicador de imunização, por exemplo, e em nosso estudo fica destacado o quanto o indicador está abaixo da meta estabelecida, mesmo os municípios possuindo os insumos e recursos humanos necessários ao alcance desta meta.

Concordamos com Souza e Cunha (2022) quando aponta que os alguns elementos como o número da população cadastrada em uma área por ESF, o perfil sanitário e epidemiológico, os determinantes sociais daquela comunidade, podem alterar os resultados dos indicadores, dificultando o alcance dos parâmetros definidos por literatura nacional e internacional (Brasil, 2020).

Outro ponto de relevância é a capacidade de resolução e de ser a referência para a comunidade, pois é necessário que os indivíduos e população compreendam seu papel quanto as atividades de promoção e prevenção em saúde, assim como percebam a quanto resolutiva e necessária é a APS para o cuidado de sua saúde.

Os processos de atenção que refletem como as pessoas interagem com o sistema de atenção também são importantes. Em primeiro lugar, as pessoas decidem se e quando usar o sistema de atenção à saúde. Se realmente utilizarem-no, chegam a uma compreensão sobre o que este serviço lhes oferece e, então decidem quão satisfeitos estão com seu atendimento e se aceitarão as recomendações ou orientações dos profissionais de saúde (Starfield, 2002, p. 59)

Os elementos estruturais relevantes que refletem a capacidade do serviço da APS são a acessibilidade, variedade de serviços, definição da população eletiva, continuidade no cuidado (Starfield, 2002, p. 59). Esses elementos somados aos atributos da APS (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) são necessários para se ter uma APS com qualidade e resolutiva (Mendes, 2012), tanto na percepção dos usuários, quanto para o alcance de resultados de desempenho de indicadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo descrever o desempenho dos indicadores do Previnde Brasil, dos 26 municípios que compõem a Região Sul de Saúde do Estado do ES. Os resultados mostram a fragilidade nos serviços de APS nos municípios analisados.

Os resultados nos convidam a refletir não apenas nos números, e sim no que estes podem significar como possibilidades de monitorar e avaliar os serviços de saúde de uma determinada região ou município. Dessa forma é necessário estimular a participação social e o envolvimento das equipes e profissionais nestes resultados. Ao explorar e divulgar os resultados possibilitamos a melhoria dos processos de cuidar, assim também propor ações e estratégias de melhoria no cuidado e assistência à população.

Entendemos como necessário o aprofundamento de novas pesquisas e discussões na área, que possibilitem outras formas de interpretar e discutir os resultados, uma que o nosso trabalho apresenta limitação, por ser um estudo descritivo e, por este objetivo não conseguir esgotar todas as possibilidades relacionadas a causa, como por exemplo a presença de subregistros, que podem ser eventos não identificados, no entanto apresentam interferência no alcance das metas estabelecidas.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. C. Q. (Coordenação Geral) Saúde da família no Brasil: situação atual e perspectivas – Estudo Amostra 2008 / **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil** – Monitoramento da Implantação das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília: DAB/UFMG, 2008 (relatório final).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previnde Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019; 13 nov.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº. 3.830**, de 29 de dezembro de 2020. Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro de custeio destinado aos municípios que alcançaram as metas dos indicadores do pagamento por desempenho do Programa Previnde Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. [portaria na Internet]. Diário Oficial da União 30 dez 2020; Seção 1, (89).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Painéis de Indicadores**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/situacao-geral>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **E-Gestor**: Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>

MENDES, E.V. **A construção social na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOURA, B.L.A. *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, 10(S1):83-91, 2010.

MEDINA, M.G. *et al.* A pesquisa em atenção primária à saúde no Brasil. In: Mendonça, M.H.M. *et al.* (orgs). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2018.

SOUZA, SS.; CUNHA, AC. O. Previne Brasil: o desempenho dos municípios de Santa Catarina. **Enfermagem Revista**, v.25, n2; 2022. Acesso em 02 março de 2023. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/25453>

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** / Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

USP. Indicadores de saúde como ferramenta estratégica na APS. **Boletim: Saúde & Gestão**. Ano III, n 1, jan- 2020. Disponível em: <https://rms.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/575/apsgestao/boletim/Boletim-Saude-e-Gestao-Indicadores-Previne-Brasil.pdf>.

Serviço social e saúde no trabalho: uma questão de gênero

Social service and occupational health: a question of gender

Letícia Alves Carvalho

Universidade Federal de Uberlândia. <http://orcid.org/0000-0002-6867-5317>

Carla Denari Giuliani

Universidade Federal de Uberlândia. <https://orcid.org/0000-0001-5598-2230>

RESUMO

A construção de gênero e a “feminização” do trabalho do assistente social tem estreita relação com o campo Saúde do Trabalhador. Este estudo busca identificar fatores de risco, bem como as condições éticas e técnicas potencialmente geradoras de sofrimento e/ou adoecimento dos assistentes sociais que atuam em um Centro Especializado de atendimento para Pessoa em Situação de Rua. No que se refere a abordagem, foi utilizada a combinação das abordagens quantitativa e qualitativa. Foi realizada com assistentes sociais que atuam em um Centro Especializado de atendimento para Pessoa em Situação de Rua de um município mineiro. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho e uma entrevista semiestruturada elaborada pelas autoras. A análise dos dados foi feita através do *software* IramuteQ e da análise temática de conteúdo. Participaram da pesquisa cinco assistentes sociais, todas do sexo feminino, na faixa etária de 30 a 59 anos, a maioria (60%) casada, com graduação. Nota-se distinção de tarefas no ambiente laboral, principalmente no Serviço Especializado em Abordagem Social. Uma causa apontada como fator prepotente para adoecimento e que tem estreita relação com as condições éticas e técnicas do exercício profissional das assistentes sociais consiste na ausência de segurança no ambiente de trabalho. Há intenso comprometimento da saúde do trabalhador aliado à questão de gênero no Serviço Social.

Palavras-chave: assistência social; sexo biológico; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The construction of gender and the “feminization” of social workers’ work is closely related to the field of Occupational Health. This study seeks to



identify risk factors, as well as ethical and technical conditions that potentially cause suffering and/or illness among social workers who work in a Specialized Center for Homeless People. Regarding the approach, a combination of quantitative and qualitative approaches was used. It was carried out with social workers who work in a Specialized Care Center for Homeless People in a municipality in Minas Gerais. The instruments used were the Work Context Assessment Scale and a semi-structured interview prepared by the authors. Data analysis was carried out using the IramuteQ software and thematic content analysis. Five social workers participated in the research, all female, aged between 30 and 59 years old, the majority (60%) married, with a degree. There is a distinction between tasks in the work environment, mainly in Specialized Service in Social Approach. A cause identified as a pre-potent factor for illness and which is closely related to the ethical and technical conditions of the professional practice of social workers consists of the lack of safety in the work environment. There is an intense compromise to workers' health combined with gender issues in Social Services.

Keywords: social assistance; biological sex; worker's health.

INTRODUÇÃO

As desigualdades de gênero ainda são observadas nas diversas searas da humanidade, inclusive no Serviço Social. No âmbito laboral nota-se desigualdades que podem ser socialmente compreendidas e atribuídas às assimetrias de gênero que consistem em “desigualdades de oportunidades, condições e direitos entre homens e mulheres, gerando uma hierarquia de gênero” (Barreto, 2009, p. 41).

A atuação profissional na profissão de assistente social é majoritariamente feminina (Lisboa, 2010, *apud* Borges, 2017, p. 4), “as mulheres representam cerca de 95% da categoria profissional [...]”. Corroborando com a afirmação supramencionada os Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizados nos anos de 1980, 1990 e 2000, cuja ocupação do Serviço Social se apresenta entre as cinco profissões mais femininas do Brasil.

Enfatiza-se, que para o Serviço Social, a “feminização” do labor, implica então em uma “superexploração” sobre as atividades, tanto na esfera pública quanto na privada, pela desvalorização, subordinação e exploração intensificada.

Para o assistente social que trabalha no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em especial com a População em Situação de Rua, a realidade não é diferente. A precarização do trabalho pode ser assinalada na falta de condições materiais e instalações físicas adequadas para a prestação de serviços aos usuários, pela alta rotatividade dos profissionais, recursos humanos insuficientes e pouco qualificados, ausência da realização de capacitação continuada, exigência de produtividade, além da realização de tarefas cada vez mais mecânicas e burocráticas, através de um intenso processo de preenchimento de formulários (Cisne, 2004).

Neste cenário, observa-se que o modo de produção capitalista impacta significativamente no campo das relações de trabalho e que as transformações ocorridas

nas últimas décadas, não vieram acompanhadas da preocupação quanto ao adoecimento daqueles que vivem do trabalho (Mota, 2011).

Por esta perspectiva, é possível denotar que a construção de gênero e a “feminização” do trabalho do assistente social tem estreita relação com o campo Saúde do Trabalhador. É no ambiente laboral – compreendido como o local onde as ações, convivência e permanência profissional são desenvolvidas em conjunto com os demais trabalhadores – que se identificam os reflexos e repercussões da reprodução do capital, e como fruto de uma condição sócio histórica, cujo nítido caráter econômico/de classe sobre a exploração e opressão das mulheres, reverbera na saúde física e mental destes trabalhadores, em especial no adoecimento/sofrimento mental.

Do breve exposto, justifica-se a presente proposta, considerando relevante analisar a construção de gênero e sua intrínseca relação com as condições de trabalho do profissional assistente social que atua em um Centro Especializado de atendimento para Pessoa em Situação de Rua, bem como compreender o campo Saúde do Trabalhador, constituído como área da Saúde Pública.

Assim, este estudo busca identificar fatores de risco, bem como as condições éticas e técnicas potencialmente geradoras de sofrimento e/ou adoecimento dos assistentes sociais que atuam em um Centro Especializado de atendimento para Pessoa em Situação de Rua.

Esse capítulo de livro faz parte da dissertação de mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, e se divide em Introdução – a qual contempla o embasamento teórico; Metodologia – que descreve as etapas para a realização do estudo, Resultados – apresenta os achados do estudo; Discussão – confronta os resultados à literatura e Conclusão – a qual apresenta as principais considerações das autoras.

METODOLOGIA

No que se refere a abordagem, foi utilizada a combinação das abordagens quantitativa e qualitativa, considerando “que as duas abordagens permitem que as relações sociais possam ser analisadas nos seus diferentes aspectos: a pesquisa quantitativa pode gerar questões para serem aprofundadas pela qualitativa, e vice-versa” (Brüggemann; Parpinelli, 2008, p. 564), tendo sua aprovação pelo Comitê de Ética sob nº CAAE: 63960822.0.0000.5152.

A pesquisa foi realizada por etapas e a população de estudo foi definida através de uma seleção intencional, ou seja, as entrevistadas foram abordadas através do julgamento da pesquisadora. Todas as assistentes sociais que atuam em um Centro Especializado de atendimento para Pessoa em Situação de Rua (POP) em Uberlândia/MG foram arguidas, interpeladas no próprio equipamento público, totalizando 05 (cinco) entrevistas. As entrevistadas possuíam acima de 18 anos, tinham registro ativo na 6ª Região do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e foram incluídas, independente do vínculo (servidor estatutário, comissionado ou contratado) e do tempo de trabalho na instituição.

Foi excluído da entrevista apenas uma assistente social, que exercia o cargo de coordenação – executava apenas atividades administrativas e não efetuava atendimento às pessoas em situação de rua. Nenhuma assistente social recusou a participar da pesquisa.

A primeira etapa, constituiu-se na aplicação de um instrumento intitulado de Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT). O EACT é um instrumento psicométrico desenvolvido e validado por Ana Magnólia Mendes e Mário Cesar Ferreira, da Universidade de Brasília (UNB), para diagnosticar as condições, a organização e as relações socioprofissionais de trabalho sob a ótica dos próprios trabalhadores via escala *likert*, sua aplicação ocorreu de maneira *online*, com auxílio do *software* Google Forms®.

A segunda etapa consistiu em uma entrevista semiestruturada, cujas perguntas foram baseadas na trajetória e experiência da pesquisadora para esse tema e as falas foram registradas através de áudio-gravação em aparelho celular. Além disso, foi realizada observação assistemática, que permitiu registrar gestos, expressões faciais, postura, entre outros sinais emitidos fisicamente no processo de comunicação durante a entrevista.

Com intuito de explanar e confrontar os dados foi utilizado o *software* IramuteQ para formação de um *cluster*, organizado por meio da análise lexical, sem interferência direta da pesquisadora, sendo obtido por meio dos dados produzidos das questões: Quais as condições de trabalho do profissional assistente social que atua em um Centro Especializado de atendimento para Pessoa em Situação de Rua? Em que medida a construção de gênero traz implicações para o trabalho, saúde física e mental desses profissionais, em especial face ao adoecimento/sofrimento mental desse trabalhador (a)?

Para a análise dos dados produzidos foi utilizada a Análise Temática em Bardin (2016), a qual é caracterizada pelo agrupamento de técnicas de análises das comunicações, com intuito de visualizar indicadores que permitam a inferência de conhecimentos destas mensagens, usando para tal, procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Importa salientar que o presente estudo utiliza de dois instrumentos de produção de dados – o questionário e a entrevista – promovendo, desse modo, a análise de conteúdo que será utilizada separadamente em cada fonte de dados, para posterior cotejamento.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 05 Assistentes Sociais. A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico das participantes, que tem em sua totalidade a declaração do gênero feminino, em faixa etária de 30 à 59 anos, em sua maioria graduadas e com estado civil que varia prioritariamente entre casadas e divorciadas.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das entrevistadas segundo aplicação da entrevista semiestruturada. Uberlândia, 2023 (n=5).

Variável	N	%
Gênero		
Feminino	5	100
Faixa etária		
30 a 59 anos	5	100
Escolaridade		
Graduação	3	60
Especialização	2	40
Estado civil		
Casada ou mora junto	3	60
Divorciada	2	40
Tempo em que trabalha no Centro POP		
Menos de 01 ano	2	40
De 01 a 3 anos	3	60
Vínculo empregatício		
Comissionado	4	80
Estatutário	1	20

Fonte - Dados retirados do questionário EACT e da entrevista semiestruturada aplicados pelas autoras em janeiro de 2023.

As falas das entrevistadas encontram-se em concordância sobre a condição de gênero enquanto fator histórico no Serviço Social:

O que existe é a história do Serviço Social, [...] como ele surgiu da caridade é por isso a frequência das mulheres, [...] eu acho que é porque a profissão surgiu dentro da Igreja certo, então quem ficava mais dentro da Igreja era as mulheres, elas nem trabalhavam naquela época, então eu acredito que é por isso, [...] porque naquela época ainda não tinha o que elas tinham visão de emprego, já era condição histórica mesmo, a mulher ficar por conta da casa, por conta do marido, por conta da Igreja (E I, 17/01/2023).

O Serviço Social é uma profissão histórica né, [...] eu acho que de início é destinado e as mulheres escolhem mais o curso [...] (E IV, 24/01/2023).

[...] Eu acho que é um dado ligado mesmo a questão do assistencialismo, da caridade, do desejo de ajudar, eu acho que está muito ligado a isso (E V, 31/01/2023).

Outra pergunta realizada às entrevistadas fez referência ao pensamento delas sobre a existência de alguma condição de gênero no Centro POP, ou ainda, se elas identificam alguma distinção de tarefas entre homens e mulheres no equipamento. A totalidade das assistentes sociais afirmou que sim, em especial no Serviço Especializado em Abordagem Social.

O Serviço Especializado de Abordagem Social, de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009) consiste no serviço ofertado, de forma continuada e programada, com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras. Deverão ser consideradas praças, entroncamento de estradas, fronteiras, espaços públicos onde se realizam atividades laborais, locais de intensa circulação de pessoas e existência de comércio, terminais de

ônibus, trens, metrô e outros.

[...] eu percebo na abordagem mesmo, porque o usuário ele responde melhor ao homem do que a mulher, mesmo as mulheres tendo toda qualificação para abordar, eles respeitam mais o homem [...] mas se chegasse só eu e outra mulher ou ela sozinha, é como se não chegasse ninguém (E I, 17/01/2023).

[...] Hoje pelo fato de ter um homem para me acompanhar eles já respeitam, agora se fosse uma equipe somente com mulheres aí não seria viável de forma alguma [...]. Eu já percebi quando estava apenas eu e outra mulher eles não, sabe parece que eles olham pra gente, eles enxergam que a gente tem uma certa vulnerabilidade e quando um homem já chega e faz aquele primeiro momento, aquela presença, é diferente (E III, 24/01/2023).

Eu vejo diferença sim, mulher acaba sendo muito exposta, acaba que eles veem a gente como uma pessoa mais frágil mesmo, [...] (E IV, 24/01/2023).

A presença masculina de uma certa forma ela é um pouco mais impositiva, então eu acho que principalmente talvez esse trabalho da abordagem, a presença masculina eu acho que talvez ela traz um impacto um pouco maior e uma diferença neste sentido [...]. (E V, 24/01/2023).

Na Nuvem de Palavras (figura 1), têm-se uma avaliação geral da percepção dos atores sociais do estudo, e é possível notar que as principais palavras utilizadas pelas entrevistadas foram: homem, social, mulher, chegar, casa, fechado, sigilo, porta, sentido, exemplo e atendimento.

Figura 1 - Principais palavras utilizadas pelas entrevistadas.



Fonte: elaborado pela autora, mediante dados retirados do software IramuteQ (21/03/2023)

A pesquisa procurou entender ainda, se as entrevistadas possuem algum trabalho além do desenvolvido no Centro POP e se elas apresentam alguma dificuldade nele. Interessante observar e importante relatar que três (03) das assistentes sociais informaram não ter nenhum outro tipo de trabalho. No entanto, ao serem questionadas sobre o trabalho doméstico, alegaram ter diversas tarefas no lar, rotinas exaustivas e dificuldades cotidianas.

Nosso Deus, possuo então, na minha casa a responsabilidade é completamente minha, eu venho trabalhar, mas antes deixo minha casa toda organizada, comida das crianças, eu tenho duas filhas, levo e busco em curso, marcar médico, então a responsabilidade da mulher dentro de casa é 50 vezes maior do que a do homem [...] (E I, 17/01/2023).

Só casa mesmo, que é um trabalhão, quando eu saio daqui eu vou para minha casa, eu arrumo minha casa, busco meus filhos onde eles estiverem, normalmente quando é dia normal eu busco eles e levo eles para casa e cuido da casa, faço comida, dever das crianças, meu marido não dispõe das mesmas atividades [...] (E IV, 24/01/2023).

[...] minha rotina é uma loucura, tem toda a questão das tarefas de casa né, eu sou mãe de dois meninos, um de 06 anos, um de 10 anos, que tem atividades extra-escolares, então eu faço muito ali o trabalho de motorista, de cozinha, de dona de casa, então no período da manhã eu fico basicamente por conta das atividades dos

meninos, porque eles fazem atividades todos os dias, no período da tarde que eles estão na escola é o período que eu estou trabalhando, e a noite é a continuidade disso, então tem mais tarefa de escola, estudar para prova né, algumas atividades assim [...] (E V, 31/01/2023).

Durante as entrevistas e com o resultado dos dados da EACT, no tocante ao adoecimento mental dos assistentes sociais do Centro POP, outro ponto apresentado – que também pode ser elencado enquanto causa desta ocorrência e que tem estreita relação com as condições éticas e técnicas do exercício profissional das assistentes sociais – é a ausência de segurança que todas do Centro POP de Uberlândia/MG sentem durante o atendimento – onde três (03) entrevistadas relatam frequentemente sentir insegurança no trabalho e duas (02) sempre sentirem – testificado também pelas falas transcritas em seguida.

[...] esses dias mesmo, fui puxar a ficha do cara, o cara tinha abusado de uma criança, ou seja, estava com um estuprador aqui dentro da sala, então assim a gente atende todo tipo de pessoa, aí você está aqui fechada com a pessoa conversando, querendo voltar ele para a realidade, se reingressar na sociedade, mas você não sabe se realmente a pessoa está aberta para isso, aí se ele virar e te meter a mão, como que você faz? Entendeu, aí é o risco do profissional, por conta do local que a gente trabalha, realmente é violação, [...] você fica fechado com o usuário, mas você fica meio preocupado, você tá todo fechado aqui, igual não tem uma pessoa ali, um segurança.

[...] eu já vejo que em relação ao risco mesmo que fica, de não ter segurança, de muitos que não conseguem trabalhar porque não são acostumados com esse tipo de público [...] (E I, 17/01/2023)

Eu acho que a dificuldade mais aqui é socialmente, mais a segurança aqui devido ao nosso atendimento, que são pessoas em situação de rua né [...] (EII, 17/01/2023)

[...] igual esse que eu atendi, eu me senti assim coagida, eu me senti pressionada e tipo eu não tinha segurança nenhuma entendeu [...] (EIII, 24/01/2023)

[...] por exemplo, a segurança do profissional, porque nem sempre isso é uma questão levantada, pensada, porque por exemplo, hoje nós temos aqui um atendimento de porta fechada, a gente trabalha pela ética, pelo sigilo das informações, mas a gente fica extremamente vulnerável, olha pra você ver o espaço físico aonde eu estou aqui, [...] o usuário entra e fica aonde você está, se ele levantar e me abordar neste lugar que eu estou aqui, eu não tenho para onde correr, se eu der um grito, talvez eu nem seja ouvida, porque olha a distância que eu estou talvez de uma pessoa vir me ajudar e me socorrer, entendeu [...] (E V, 31/01/2023)

Observa-se ainda, que os vínculos dos servidores do Centro POP são precários, visto que apenas uma delas é servidora estatutária.

As assistentes sociais foram arguidas sobre o impacto que o trabalho no Centro POP tem sob sua saúde

[...] que a gente fica bem mais ligada e antenada a gente fica, por exemplo, eu tenho duas meninas, então eu já sou aquela pessoa, minha menina mais velha tem 17 anos e ela não vai nem na padaria sozinha, não sei se que é porque é o meu trabalho, não sei se é porque as histórias que eu escuto, tem hora que a minha mãe fala você tem que soltar mais as meninas, mas nossa mãe eu fiquei sabendo disso, tipo assim, pode ser que seja pelo serviço, eu sou muito, tenho muito medo que as coisas aconteçam com elas pelas histórias que a gente realmente escuta, pode ser então que impacta sim, não de me privar de coisas, mas eu tento não trazer isso pra perto das minhas filhas, tento ver o que está acontecendo, o que que houve, tipo colocar elas de “baixo das asas”, levo, busco, proteção de mãe mesmo, mas é redobrada pelo contexto que aqui a gente vive (E I, 17/01/2023).

Te afeta, porque é um público muito difícil de lidar, porque por mais que você tente fazer algo você nunca está fazendo o bom, eles nunca estão satisfeitos [...] (E II, 17/01/2023).

[...] as vezes alguma situação que desperta sentimento de impotência, eu queria poder fazer algo a mais e eu não consigo, porque não depende de mim, então eu acho que tem um pouco disso sim [...] (E V, 31/01/2023).

As respostas afirmativas enfatizam que há, sem dúvidas, rebatimento das condições de trabalho no processo saúde-adoecimento dos trabalhadores.

DISCUSSÃO

Essa população constituída exclusivamente de profissionais mulheres, lembra um detalhe histórico e cultural importante, o de que as mulheres sempre desempenharam o papel do cuidado (Splendor e Roman, 2003). Concomitantemente, o conjunto de requisições apresentadas ao Serviço Social em sua gênese, de controle moral e social das classes mais pobres e da filantropia atrelada a igreja católica, determina esse processo de feminização do Serviço Social.

O relato das entrevistadas reforça que o masculino tende a ser sempre mais forte, superior e poderoso; ao passo que o feminino é visto como mais fraco, com menos poder e por isso deve ficar sob a esfera de proteção e de submissão ao masculino. Retoma-se a condição de dominação, que implica considerar o masculino aparecendo sempre como superior ao feminino (Albeernaz e Longhi, 2009).

A opinião das entrevistadas corrobora com a do senso comum, de que o trabalho doméstico, por não ser remunerado financeiramente, não é gerador de riqueza. Barreto (2017, p. 43) afia que “em decorrência das relações de gênero que naturalizam as atividades de cuidado, os homens e os maridos exploram suas esposas e companheiras ao se beneficiarem do trabalho doméstico gratuito”. De fato, não são apenas os homens próximos, “mas a sociedade como um todo que não reconhece ser o trabalho doméstico gerador de riqueza, uma vez que a garantia de atendimento das necessidades de alimentação, repouso e conforto possibilitam a dedicação ao trabalho externo e à produção”.

Os cargos comissionados – também chamados de cargos de livre provimento – são inerentes à estrutura das organizações públicas e confere aos representantes e dirigentes executivos eleitos um certo grau de liberdade para compor as estruturas de comando. Entende-se que é do jogo democrático que, uma vez que haja uma alternância de projetos políticos, a designação para os cargos que respondem pelo funcionamento do governo, a entrega de resultados e a manutenção das atividades essenciais do Estado, haja igualmente uma alternância de pessoas a ocuparem tais funções (Souza, 2022).

Mota, Maranhão e Sitcovsky (2008) defendem que profissionais com vínculos estáveis e duradouros criam condições de melhor atendimento das políticas de Assistência Social. Tais profissionais permitem a constituição e organização da rede socioassistencial tão necessária em momentos de agravamento das condições de vulnerabilidade ou risco social.

A configuração do trabalho no sistema capitalista neoliberal, associada a questão

de gênero, apresenta em seu contexto, diferentes formas de precarização do trabalho, flexibilização, trabalho parcial, polivalência de funções, redução dos postos de trabalho, aceleração do ritmo da produção, salários em declínio, dentre outros. E como consequência, a perda de vínculos estáveis, a carência de direitos sociais e trabalhistas, o aumento da jornada de trabalho, o déficit de segurança no trabalho, o crescimento dos acidentes e adoecimento e tantos outros prejuízos na construção da identidade do trabalhador, que sinalizam para a sociedade o lugar desse fenômeno (Navarro e Padilha, 2007).

Todas essas condições laborais, modificam a satisfação no trabalho, coloca o trabalhador diante de impasses e produz sofrimento, além de alterar o perfil das morbidades e mortalidades da população relacionadas ao trabalho, assim como a organização e as práticas de saúde e trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratar da relação de gênero e Serviço Social suscita em problematizar a “feminização” da profissão, a concepção de gênero dos assistentes sociais e sua relação com a profissão. É inquestionável a presença esmagadora das mulheres no interior da profissão e a compreensão de que o gênero estrutura este quadro. Apesar do avanço dos papéis das mulheres na sociedade e do avanço do Serviço Social, nota-se uma subalternidade profissional relacionada ao gênero.

É possível afirmar que existe intenso comprometimento da saúde do trabalhador aliado à questão de gênero. Os papéis atribuídos e assumidos pelos homens e mulheres são importantes na compreensão de seu estado de saúde. Independente da atividade laboral, a saúde está mais comprometida para as mulheres.

Há também, restrita produção científica no campo do trabalho e gênero em relação ao Serviço Social, particularmente no tocante à saúde, constituindo campo aberto para futuras explorações.

REFERÊNCIAS

ALBEERNAZ, Lady Silma; LONGHI, Márcia. Para compreender gênero: uma ponte para relações igualitárias entre homens e mulheres. IN: SCOTT, Parry; LEWIS, Liana; QUADROS, Marion Teodósio de. **Gênero, diversidade e desigualdades na educação: interpretações e reflexões para a formação docente**. Recife: Editora Universitária UFPG, 2009, p. 75-95.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições, 2016.

BARRETO, Andreia (org). Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais. **Livro de Conteúdo**, Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

BORGES, Maria Alice Pereira. Serviço Social e a discussão de gênero: algumas aproximações. **II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais**, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Ângela. **Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento**. Rev Esc Enferm: USP, 2008.

CISNE, Mirla. **Serviço Social**: uma profissão de mulheres para mulheres? Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Censo Brasileiro de 1980, 1990 e 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

MOTA, Ana Elizabete; MARANHÃO, Cezar Henrique; SITCOVSKY, Marcelo. As tendências da política de Assistência Social, o Suas e a formação profissional. In: **O mito da Assistência Social**. São Paulo: Cortez, 2008

MOTA, Daniel Pestana. Direito, Trabalho e Saúde: uma equação possível? In: VIZZACCARO-AMARAL, A.L.; MOTA, D.P.; ALVES, G. (org). **Trabalho e Saúde**: a precarização do Trabalhador e a Saúde do Trabalhador no século XXI. São Paulo, LTR, 2011, p.21-36.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v.19, n. (especial), p. 14-20, 2007.

SOUZA, Regina Luana Santos de. Cargos comissionados na Administração Pública. **Republica.org**, Rio de Janeiro, 2022.

SPLENDOR, Vanessa Lidiane; RONAN, Arlete Regina. A mulher, a enfermagem e o cuidar na perspectiva de gênero. **Revista Contexto & Saúde**, Unijuí, v.02, n. 04, 2003. Disponível em file <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2003.04.31-44>. Acesso em 05 out. 2023.

A subjetividade da criança com TEA e processo de aprendizagem

The subjectivity of children with ASD and the learning process

Jaqueline Andrea Wojahn

Orientanda no Mestrado em Neurociências, Facultad Interamericana de Ciencias Sociales - FICS

Gláucio Diré Feliciano

Professor Doutor-Orientador no Mestrado em Neurociências, Facultad Interamericana de Ciencias Sociales - FICS

RESUMO

Este estudo aborda a complexidade da experiência educacional de crianças com TEA, destacando a importância de compreender sua subjetividade para otimizar o processo de ensino-aprendizagem. A revisão examina diversas perspectivas teóricas e estudos empíricos que exploram as características específicas da subjetividade das crianças com TEA, incluindo suas habilidades sensoriais, processamento cognitivo e estilos de comunicação. Ao analisar as barreiras que podem surgir no contexto educacional, o artigo destaca estratégias e abordagens pedagógicas que podem ser eficazes para promover a inclusão e o desenvolvimento acadêmico dessas crianças. Além disso, discute a importância da parceria entre educadores, profissionais de saúde e familiares no apoio ao desenvolvimento integral das crianças com TEA. Em síntese, o artigo oferece uma visão abrangente da subjetividade das crianças com TEA e propõe reflexões e diretrizes práticas para melhorar o processo de aprendizagem, visando a construção de ambientes educacionais mais inclusivos e adaptados às necessidades individuais dessas crianças.

Palavras-chave: subjetividade; criança; TEA; ensino; aprendizagem.

ABSTRACT

This study addresses the complexity of the educational experience of children with ASD, emphasizing the importance of understanding their subjectivity to optimize the teaching-learning process. The review examines various theoretical perspectives and empirical studies exploring the specific characteristics of the subjectivity of children with ASD, including their sensory abilities, cognitive processing, and communication styles. By analyzing the barriers that can arise in the educational context, the article highlights strategies and pedagogical approaches that can be effective in promoting inclusion and academic development of these children. In addition, it discusses the importance of the partnership between educators, health professionals and families in supporting the integral development of children with ASD. In summary, the article offers a comprehensive view of the subjectivity of children with ASD and proposes reflections and practical guidelines to improve the learning process, aiming at the construction of more inclusive and adapted educational environments to the individual needs of these children.



zing the barriers that may arise in the educational context, the article highlights strategies and pedagogical approaches that can be effective in promoting the inclusion and academic development of these children. Additionally, it discusses the importance of collaboration between educators, healthcare professionals, and families in supporting the comprehensive development of children with ASD. In summary, the article provides a comprehensive view of the subjectivity of children with ASD and proposes reflections and practical guidelines to enhance the learning process, aiming for the construction of more inclusive and tailored educational environments based on the individual needs of these children.

Keywords: subjectivity; child; ASD; teaching; learning.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é denominado por um conjunto de características que afetam o desenvolvimento do indivíduo, causando déficits e prejuízos persistentes na vida. Para compreender a especificação dos comprometimentos, recorreremos a terminologia do DSM-5 (APA, 2014), este manual contempla essencialmente o prejuízo na comunicação social recíproca e interação social, causando com frequência o isolamento, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Perceba-se nas descrições diagnósticas a presença de déficits de comunicação verbal, contato visual ausente ou atípico, assim como gestos, expressões faciais, orientação corporal ou entonação da fala, atenção compartilhada quanto a manifestar interesses, aspectos esses, como descrito, possíveis de ser percebidos precocemente.

Na última pesquisa do IBGE, em 2022, foram incluídas questões para conhecer os casos de autismo na realidade brasileira. Apesar disso, ainda não se tem números exatos e pesquisas que viabilizam os dados atuais sobre a realidade. Porém, seguindo o panorama mundial, de acordo com a projeção populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2022), estimou-se que cerca de 6 milhões de pessoas podem ser incluídas em algum parâmetro clínico do autismo.

É nesse sentido que se debruça a psicanálise e a teoria de uma síndrome autística, baseada nos aspectos característicos trazidos na obra citada anteriormente (DSM-5), porém, fundamentada pelo conceito psicanalítico substancialmente existente há mais de século.

Segundo aspectos do trabalho psicanalítico de Freud, cuja teoria se amplia a um aspecto fundamental aqui, evidencia que *tudo está ligado a infância* do sujeito. Analisando seus pacientes adultos ascendeu para a ideia da reconstrução dos primeiros anos de vida infantil, percebera ali algo da ordem da recordação de infância, da infância esquecida, o infantil recalcado, de experiências da infância; desses fenômenos contemplou a formação do sintoma e da constituição do psiquismo. Em vias teóricas, nomeou o recalque do sujeito como trauma: a associação do acontecimento pelo sujeito e o evento traumático como algo singular do sujeito, isto é, neste último caso o mesmo acontecimento pode não ter significância ao outro como tem para o sujeito.

O sentido implicado nessa questão é que o modo de tomar o infantil na visão do

trauma é fruto do inconsciente, daquilo que é inacessível conscientemente, por isso, à medida que vê o indivíduo em diferentes instâncias do sentir, traz o atravessamento que marca o inconsciente com desejos, sonhos, culpa, inquietações, frustrações; tais quais como são percebidos no sujeito pela sua singularidade e não como um objeto de estudo científico detentor de conhecimento e verdade. Ao indivíduo confere o lugar do ser singular, misterioso, o qual interessa conhecer na sua individualidade, há nele forças cuja a própria razão desconhece e embora racional, tem pouco controle da verdade, muito mais efetivo quanto na superfície do ocultamento, da ilusão, distorção e subjetividade. Corroborar com o exposto.

Ele comprovou haver uma desproporção temporal entre o surgimento dos sintomas e o evento traumático desencadeante, constatando, por um lado, que o sintoma não surgia logo após a ocorrência do fator traumático, e, por outro, que ele permanecia presente no psíquico como se fosse uma força atual em constante atividade. De acordo com Freud, uma cena só se torna traumática quando transformada em lembrança, a partir de sua evocação por meio da repetição de uma cena análoga. O traumático requer, pois, dois tempos: o tempo do acontecimento e o a *posteriori*, que é o tempo da produção de sua significação, no qual pode ter lugar o sintoma (Baratto, 2009, p. 77).

Nas palavras de Zavaroni *et al.* (2007), pensar o infantil na teoria freudiana requer compreender a infância para muito além da cronologia e das experiências passíveis de narração de uma realidade psíquica. A fantasia se torna elemento irrevogável da constituição do psiquismo, confere a manifestação de algo que tem maior significado do que aquilo que foi visto, ouvido ou vivido, a exemplo: os sons, os cheiros, as sensações táteis compõem as marcas mnêmicas (retidas, memorizadas) primordiais. Estende-se para além delas, no sentido do infantil de um adulto que não se dá a ver, mas se faz presente no discurso e no modo como o sujeito se põe, sensações, memórias grafadas não reconhecidas, entretanto, em algum sintoma identificadas.

Freud apresenta a origem do desejo como calcada na primeira experiência de satisfação. Essa experiência deixa como resíduo psíquico uma marca mnésica, tomada, doravante, como modelo de toda busca ulterior do sujeito, busca de uma percepção primeira que tem como modelo uma primeira mítica experiência de satisfação. A realização do desejo não seria outra coisa senão o restabelecimento da situação originária de satisfação de forma alucinatória. A realização alucinatória do desejo permite-nos depreender o caráter ficcional próprio do desejo (Baratto, 2009, p. 78).

Perpassa em Freud, o elemento 'inscrição do desejo' cunhado da constituição do sujeito e seu modo de tomar o infantil nessa dinâmica, se refere a ordem da sexualidade infantil. Suas análises o levam a introduzir a sexualidade infantil contrária a inocência e pureza um dia já vista na criança. A dicotomia entre infância e sexualidade para o psiquiatra, está associada a função do corpo e o prazer, sexualidade como um esquema de excitações e atividades que proporcionam prazeres presentes desde a infância. Não condiz com a atividade sexual figurada ao aparelho genital, mas configuram a fisiologia do corpo e pulsão de ações básicas como respirar, comer, sentir.

Zavaroni *et al.* (2007, p. 67):

Expõe, segundo a teoria freudiana, o desamparo infantil e a busca de satisfação como elementos constituintes da subjetividade. De acordo com as análises descritas pelo psiquiatra, é por meio da compreensão do psiquismo em seus momentos iniciais que 'o corpo do bebê impõe necessidades que o mesmo não tem como responder'. Para satisfazer tais necessidades, exige que uma ação específica decorra,

na recorrência de não responder suas próprias necessidades, 'a única descarga possível ao bebê será o choro que se torna signo de comunicação, pois traz até ele (o bebê) a proximidade do outro que providenciará sua satisfação'. Surge então, a inscrição da pulsão na constituição psíquica e aponta para a ordem das necessidades do corpo erógeno.

A sexualidade, nesse sentido, pode ocorrer em qualquer lugar do corpo, atribui o princípio do prazer como instinto próprio da espécie animal e pouco varia entre os indivíduos. No concerne do desenvolvimento humano, a função sexual para Freud inicia no começo da vida e desde muito pequena, todos revelam os indícios da presença destes. Segundo Prizskulnik (2004, p.75 *apud* Freud, 1926/1976c, p. 214):

A partir dessa concepção que surge em sua teoria a noção de pulsão sexual, o corpo representado investido sexualmente; o corpo representado originário ou a imagem que se tem do corpo, marcado pela pulsão e pela linguagem. Junto da corporeidade, o psiquiatra psicanalista enfatiza a palavra e o poder da palavra, uma vez que ela inscreve o sujeito na linguagem e na fala.

Não desprezemos a palavra; afinal de contas, ela é um instrumento poderoso; é o meio pelo qual transmitimos nossos sentimentos a outros, nosso método de influenciar outras pessoas; as palavras podem fazer um bem indizível e causar terríveis feridas.

A autora segue com a teoria freudiana, segundo ele, a palavra tem poder de transmitir, nomear, ordenar, aliviar, consolar, curar, criar, atravessar. O sujeito inserido na linguagem faz uso da fala para transmitir seu sentimento mais íntimo, Jacques Lacan (1985) se consagrou a seguir os preceitos de Freud sobre o inconsciente que se revela na fala, mesmo que o sujeito não queira conscientemente. Logo, ampliou esta análise para edificar ainda a linguística e o signo linguístico, neste último tomado pelo *significado ou conceito da palavra* e o *significante*. O significante dá abertura a várias significações:

Uma mesma imagem acústica pode querer dizer coisas diferentes para sujeitos diferentes; posso querer dizer uma palavra com determinada significação, mas quando falo, falo sem saber e sempre mais do que sei (além do conhecimento consciente), portanto ao falar posso estar dando à palavra uma significação diferente daquela que realmente queria dar. Quem ouve, pode dar à mesma palavra uma outra significação bem diferente da minha, da qual também não tem conhecimento. Essa situação também abala a ilusão do ser humano de saber perfeitamente o que está falando, de ter certeza que o outro ser humano está entendendo plenamente o que está sendo falado e de ter a convicção que é possível uma comunicação sem ambiguidades (Prizskulnik, 2004, p. 75).

A partir dessa visão, faz-se uso das concatenações de Marie-Christine Laznik, psicanalista conhecida mundialmente por se inclinar sobre os estudos sobre o autismo. Laznik (2021), traz a narrativa sobre o autismo disposta em torno do conceito de pulsão e desse converge o olhar, a voz e o olhar do outro fundador da imagem do corpo infantil, a fim de tratar de definir como esses fenômenos implicam na estruturação do sujeito no que converge em desmistificar os enigmas dessa formação.

Laznik (2021), elabora o discurso acerca dos postulações psicanalíticas lacanianas na lógica do transtorno partindo do conceito da pulsão, concebido por Freud (muito antes de Lacan) e embora não concluídas suas fundamentações - *sujeito da pulsão*. É importante distinguir a pulsão lacaniana de sinônimo de impulso, embora seja o primeiro termo no dicionário da língua portuguesa. A pulsão, para Laznik (2021, *apud* Lacan, 1964), pode ser imaginada como uma montagem, uma montagem de início sem sentido, nas palavras do psicanalista algo como sem pé nem cabeça, mas compreende uma montagem numa

colagem surrealista. Define-se em algo interno como a noção de necessidade, do mesmo modo como ela se manifesta no organismo pela fome e sede, logo consecutiva em diferentes níveis.

O conceito de pulsão lacaniana, se amplia a pulsão ao conceito de circuito pulsional, que aliás, para o caso limite do autismo sem poder dizer que neste indivíduo já existe vida, manutenção da vida, a pulsão já está em funcionamento, apurando que um ser em limite do autismo está fadado ao fracasso da instalação do circuito pulsional. Para entender tais fenômenos, é preciso verificar os quatro componentes da pulsão apontados pelo psicanalista, divididos sobrepostos à ideia de realizar a montagem: o impulso, o alvo, o objeto e a fonte. O impulso da pulsão é caracterizado pela constância mantida, ser uma força constante, no sentido de energia potencial.

Laznik (2021), traz o seguimento desse impulso em Lacan, quando ocorre à sua mente que ele (o impulso) precisa ser destinado, isso acontece por meio da sublimação – força na pulsão deslocada a um alvo, trata-se da satisfação da pulsão, de pôr em questão o que é da ordem da satisfação, satisfazer-se ao emprego do amor ou sofrimento, separadamente da satisfação de uma necessidade orgânica. Como não configura satisfação de uma necessidade orgânica e sim satisfação pulsional, esta pulsão se atribui a uma exigência pulsional, na qual a pulsão apreende seu objeto, este objeto que não é físico, do plano material, “essa boca que se abre no registro da pulsão – não é pelo alimento que ela se satisfaz” (Laznik, 2021, p. 90 *apud* Lacan, s.d, p. 165).

Então, não há objeto material mas há um *objeto a*, objeto causa do desejo, uma invenção lacaniana para definir o objeto. O ponto de encontro entre a pulsão e suas clivagens pode ser melhor entendida com a fonte, uma vez que o psicanalista sublinha que os quatro componentes da montagem pulsional estão desenhadas unicamente para as pulsões sexuais e à conservação do indivíduo. Entretanto, institui um conceito que articula o significante e o corpo, um corpo que não é organismo, mas a construção de uma imagem do Outro, e na composição o olhar deste Outro tem papel importante. Em síntese, como explica Laznik (2021), a impressão das pulsões confere a satisfação da pulsão em realização de um trajeto em forma de circuito com fechamento no ponto de partida.

O circuito pulsional elaborado no sujeito infere o investimento erógeno nas estruturas de borda que converge a satisfação (erógeno não sexual genital, e sim do corpo todo, bordas do corpo). Quando as zonas erógenas não são investidas do circuito pulsional também não fazem borda, como é o caso das crianças autistas, ficam fadados ao não controle das extremidades do corpo como os esfíncteres, em seus lábios escorre saliva, parece que não sentem dor, não querem ser tocados. Em seguida, Lacan cria a o circuito pulsional em três tempos para reconhecer o sujeito da pulsão, observa-se no sujeito da pulsão a prevalência do movimento circular do impulso que sai através da borda erógena para completar o curso e a ela retornar como seu alvo, seria o contorno do chamado *objeto a*, significa que a partir daí o sujeito vem atingir a dimensão do Outro (com o maiúsculo – a inscrição do Outro na linguagem).

Diatkine (2012, *apud* Laznik, Touati, Bursztejn, 2016, p.63), o autismo evita ou ignora a efetivação de a relação primitiva do desenvolvimento, os processos de simbolização, “a colocação em perspectiva dos eventos e das representações, o advento da temporalidade,

a projeção da erogeneidade do corpo no objeto materno” . O objeto materno se faz fonte de excitação e de frustração na constituição do bebê padrão, diferentemente da produção psíquica no autismo, onde tende a se colar o mais próximo possível do real perceptível. Não há interpretação possível para o sujeito sobre aquilo que se apresenta a ele, deslizes de sentido não são tolerados, sequer a construção fantasmática sobre alguma cena que possa vir a associar-se a outra reconhecida.

Os mecanismos de clivagem, projeção, identificação projetiva estão ausentes no autismo, substituindo por uma noção de identificação adesiva, onde o limite é sempre o objeto de uma sideração - interrupção do saber a uma espécie de parada, que sugere que o sujeito não pode ser verdadeiramente reconhecido. Segundo Laznik, Touati, Bursztejn (2016), gera uma perturbação na esfera subjetiva, aparenta provir de uma grande dificuldade para integrar as emoções em um conjunto do funcionamento e do pensamento, e poder limitar o impacto desorganizador. Reconhecendo as manifestações de um impacto no sujeito autista, no interior do funcionamento psíquico global e dos laços que unem corpo e psiquismo, entende-se a dificuldade em pensar e organizar.

Após a explanação dos aspectos estruturantes na psique da criança, se faz importante admitir a afirmação de Almeida e Neves (2020), sobre a importância em conceber o momento análogo de maturação cerebral, do organismo em conformidade com a estruturação psíquica. Diferentemente de muitas análises clínicas que subvertem o saber do campo psicanalítico e, no passo de um curto caminho, elaboram diagnósticos autísticos em grande escala. Um diagnóstico feito a tempo, pode beneficiar a intervenção precoce da criança e sua família. Por outro lado, o imediatismo da atualidade sob a prescrição diagnóstica, não é condizente com a produção de leitura a fins sobre a subjetividade dos sujeitos e o *seio materno* (circuito pulsional), lugar onde as estruturações psíquicas se produzem. A preocupação fica envolta ao benefício fármaco e à colagem patológica em demasia, o risco e contraponto da psicanálise e seus fundamentos.

Lembra-se de Jerusalinsky (2015a, p. 113), vem a brindar com a passagem da “patologização precoce” e assim, promover o risco de olhar a criança somente pela perspectiva do estranhamento da mãe e o próprio adoecimento. Dado momento em que a referência e espera se posicionam na ordem do tratamento e prognóstico da doença, logo, não se dá a ver o lugar da subjetividade no sujeito, afinal, sem considerar o sujeito, estamos inclinados “a tomar os seres humanos como meros instrumentos de um projeto de produção do ideal” (Jerusalinsky, 2015b, p. 270).

Enfim, este estudo se ocupou em pensar o autismo a partir dos estudos psicanalíticos sobre o tema, cunhados desde o início do século, ainda antes de Kanner. Ao longo de suas elaborações investigativas e clínicas, a psicanálise se pôs à campo para explicar a recorrência do autismo e entender seu funcionamento no corpo e mente da criança. Palpada no conceito psíquico e na estruturação psíquica desde bebê, preocupou-se em apontar como a inscrição do vínculo materno vem a contribuir a uma maior compreensão dos comportamentos da criança em idade escolar. A psicanálise foi usada como plano de fundo para compor o cenário de vida da criança desde o nascimento, seguindo aos principais momentos do amadurecimento dela. Em seguida, partiu-se ao espaço de pensar a aprendizagem da criança, o brincar, a criatividade e as intervenções possíveis em

interlocução com o campo escolar, da clínica psicopedagógica e psicanálise.

O objetivo principal deste artigo de revisão bibliográfica é analisar e compreender a subjetividade da criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no contexto do processo de aprendizagem. Por meio de uma revisão crítica da literatura especializada, busca-se explorar as nuances da subjetividade dessas crianças, considerando fatores como suas características individuais, interações sociais, desafios sensoriais e emocionais, a fim de identificar como tais elementos influenciam e moldam seu processo de aprendizagem. O intuito é fornecer uma síntese abrangente das evidências disponíveis, destacando lacunas na pesquisa e propondo caminhos para futuras investigações que possam contribuir para práticas educacionais mais inclusivas e eficazes para crianças com TEA.

MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia desse artigo de revisão bibliográfica foi desenvolvida em oito etapas conforme estão descritas a seguir

1. Definição do Escopo da Revisão:

A presente revisão bibliográfica visa sintetizar e analisar estudos existentes sobre a subjetividade da criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e seu processo de aprendizagem. O foco será na compreensão de como o TEA influencia a percepção, emoção e cognição das crianças e como esses fatores afetam seu processo educacional.

2. Critérios de Inclusão e Exclusão:

Inclusão:

Estudos publicados nos últimos 10 anos;

Artigos em inglês, português e espanhol;

Trabalhos publicados em periódicos revisados por pares;

Livros e capítulos de livros de autores renomados na área;

Teses e dissertações com contribuições significativas para o tema.

Exclusão:

Artigos sem revisão por pares;

Estudos que não se relacionam diretamente com a subjetividade e o processo de aprendizagem em crianças com TEA;

Publicações com dados desatualizados ou metodologias científicas questionáveis.

3. Estratégia de Busca:

As buscas serão realizadas nas seguintes bases de dados: PubMed, PsycINFO, Scopus, Web of Science e Google Scholar. Palavras-chave e combinações delas serão utilizadas, incluindo “Transtorno do Espectro Autista”, “subjetividade”, “processo de aprendizagem”, “educação infantil”, “desenvolvimento infantil” e “TEA”.

4. Processo de Seleção:

Inicialmente, títulos e resumos serão examinados para verificar a relevância em relação ao tema. Após essa triagem, os artigos selecionados serão lidos integralmente para uma análise mais aprofundada. A seleção final dos estudos incluídos será feita com base na relevância e na qualidade da pesquisa.

5. Extração e Síntese dos Dados:

Informações-chave serão extraídas de cada estudo, incluindo autores, ano de publicação, metodologia, população estudada, principais achados e conclusões. Esses dados serão organizados em uma matriz de síntese para facilitar a comparação e análise.

6. Avaliação da Qualidade dos Estudos:

A qualidade dos estudos será avaliada com base em critérios como clareza metodológica, tamanho da amostra, validade e confiabilidade dos instrumentos de medição e a adequação das análises estatísticas.

7. Análise dos Dados:

Será realizada uma análise temática dos dados coletados, com foco em identificar padrões, temas e lacunas na literatura. A discussão será contextualizada com a literatura existente, teorias pertinentes e implicações práticas.

8. Aspectos Éticos:

Como se trata de uma revisão bibliográfica, não há coleta direta de dados de participantes, portanto, questões éticas relacionadas à participação humana não são aplicáveis. No entanto, será garantido que todos os estudos revisados cumpriram com os devidos procedimentos éticos em suas respectivas publicações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das articulações de Lacan e o sujeito da pulsão, acaba por afirmar que esse novo sujeito é o outro (corpo, carne e osso). Nesse caso, com efeito os três tempos da pulsão supõe o caminho em direção a um objeto externo, em seguida tomando como objeto uma parte do corpo próprio e a entrada de um novo sujeito, onde a pessoa se coloca como objeto do outro. Ora, se torna mais apropriado adequar tais elementos em exemplos e para fazer isso, o indivíduo que inicia sua primitiva relação com o mundo é o bebê, portanto, trata-se do bebê e os possíveis atravessamentos de risco na estruturação psíquica autística, ou o que Laznik (2021), vai chamar de fracasso do circuito pulsional completo.

De acordo com a descrição da autora, há uma estrutura esperada no circuito pulsional de cada tempo. No primeiro tempo – chamado ativo, o bebê vai em busca do objeto oral para apreender-se dele, seja o seio ou a mamadeira; verifica-se nessa ordem a mamada é adequada. No segundo tempo, observa-se se o bebê tem uma boa capacidade autoerótica – experiência alucinatória de satisfação, se realiza ações satisfatórias como chupar seu dedo ou a sua mão (chupeta). Para completar o circuito, no terceiro tempo espera-se que a criança alcance a satisfação pulsional e se ofereça como objeto a um

Outro, e este vem a ser o sujeito da pulsão do bebê. A psicanalista afirma a importância de verificar a constatação do terceiro tempo, sendo que somente assim é possível garantir a fluência pulsional dos dois primeiros tempos, se neste algo não vai bem, dobra a atenção da família e saúde para uma detecção apurada.

De modo dinâmico, a análise para a experiência da vida implica, de um lado, um bebê cujo circuito pulsional se completa nas três etapas, oferece um pé apetitoso em direção ao rosto e à boca da mãe, certamente ela se ocupará em comê-lo, brincar, fazer caretas, prazerosamente sorrir, endereçar sua alegria ao olhar e corpo do bebê. Como bem diz Laznik (2021, p. 28), “desperta em geral sorrisos na criança, o que nos indica que ela buscava justamente fisgar o gozo deste Outro materno”. No jogo estabelecido entre mãe e filho, ativamente o bebê se oferece como próprio objeto a este Outro, inscreve neste momento a representação simbólica da mãe para o bebê e seus significantes, e assim, sucessivamente infinitas vezes.

Por outro lado, percebe-se os prejuízos na ausência da pulsão tendenciosamente levando a não instauração do circuito pulsional completo, onde inicia a montagem de um cenário preocupante, passível de muita atenção. Se aparecem somente o primeiro e o segundo tempo do circuito pulsional e não se evidencia a ausência da ligação erótica ao Outro, subestima ali a efetivação do gozo e confere a privação. Nas circunstâncias de privação erótica ao Outro, em casos de risco estará presente desde os primeiros dias e mês de vida. É nesse período que as falhas na estruturação psíquica se inscrevem, se persistirem, se tornam próprias da estrutura e não poderão ser convertidas. O significante materno pode ser substituído por outro, deslocar a completude do gozo, o que não pode é ficar sem.

É dessa premissa na instauração na estrutura que partem as expressões, “Se nós retirarmos o termo eros de autoerotismo, nos encontramos face ao autismo! [...] Estamos certos de que autoerotismo contém Eros. Sem Eros, autoerotismo se escreve autismo” (Laznik, 2021, p. 29, 78). Eros é a marca erótica, quando não estruturada apresenta a falta de ligação psíquica armada e acaba por ser compensada na criança, como descarga de excitação nos movimentos, aparecem as estereotípias e automutilações, morder, bater a cabeça na parede, agressividade. E pelo mesmo motivo se instalam as implicações deficitárias cognitivas, linguísticas e sociais. Ora, nada comprova o contrário, embora não seja (re)conhece tal fenômeno. Sobretudo, porque supõe desvelar uma fragilidade materna, desse modo a incidência sobre o autismo mudaria a lógica atual em ascensão, que dissemina puramente as causas neurológicas e genéticas e eclode com grande aprovação na sociedade.

É na promoção da saúde mental que tanto Laznik (2021), quanto Jerusalinsky (2020), confrontam a realidade imposta quanto à excessiva crença orgânica na sociedade, produzida pelo não lugar dos pais de ser escutados em relação ao seu mal-estar com o bebê. Nesse percurso em busca de um olhar, na maioria dos casos os bebês, já estando em risco e sofrimento psíquico, acabam ficando à espera de ser vista e o que se tem, é a preocupação em diagnosticar funções transtornadas, sem precisamente promover a saúde enquanto há possibilidade. Laznik (2021, p. 24), aponta que o primeiro sintoma de risco está nos sinais iniciais do “não-olhar entre o bebê e sua mãe, sobretudo se esta mãe parece

se dar conta disto”. Muito embora não seja dado tanta importância à direção do olhar do bebê pelo seu pouco tempo de vida, é essencial que os pais ou cuidadores tomem este manifesto para si. Em decorrência deste não-olhar direcionado um ao outro entre bebê e sua mãe traz evidências na instauração de risco, juntamente do circuito pulsional.

Nesta ideologia Jerusalinsky (2020, p.21), afirma haver uma negligência no investimento das políticas públicas à prevenção, o que custa muitas vidas na medida que, “as epidemias de doença mental atingem as crianças cada vez mais cedo na vida, é preciso considerar que essas patologias da comunidade não são simples consequências de fenômenos naturais ou de transtornos orgânicos individuais”. Diante das conquistas históricas da psicanálise, não faltam conhecimentos para o avanço da saúde mental infantil, a práxis da detecção precoce tanto quanto da estimulação precoce permeadas pelos conceitos psicanalíticos são válidas de longa data e tendem a sustentar as aquisições da constituição psíquica de um bebê à sua constituição como sujeito de desejo. Precisam ser reconhecidas.

Com efeito, na ordem da estruturação psíquica do bebê para o desenvolvimento, se faz necessária a observação dos seus manifestos e a mãe (ou cuidador). Sabe-se que a criança pode também apresentar fatores congênitos e causar um déficit no interesse pelo gozo do Outro e a falta de resposta de um bebê pode genuinamente desorganizar a sua mãe. Todavia, acredita-se que qualquer que seja a origem do problema no caso do autismo, elas levam ao mesmo fracasso da instauração do olhar mãe-filho e do circuito pulsional. E por isso, a importância de intervir para que se instaurem as estruturas necessárias, que levam funcionamento dos processos de pensar inconsciente antes da possível estruturação de uma deficiência.

A importância do terceiro tempo do circuito pulsional está intrínseca a todos os momentos, voltamos a lembrar da experiência do bebê em oferecer seu pé à mãe para morder, beijar e sugar e ela sorrir, neste momento há um gozo que inevitavelmente o bebê experimentará novamente, em algum momento, haverá o reinvestimento da memória da mãe (Outro) e as representações do desejo ao levar seu pezinho à própria boca para sugar seu dedo. A boca passa a ser o primeiro órgão que se manifesta enquanto zona erógena, evidentemente, antes de tudo para agir à autoconservação pela alimentação. O ato de sucção do pé incita a necessidade de satisfação e a procura do seu ganho de prazer (tida como sexual, nesse caso), do mesmo modo em que a criança satisfeita com o seio adormece e expressa contemplação.

Este momento em que o bebê faz de si o objeto de um outro e conserva o gozo é o funcionamento quando tudo vai bem, no entanto, o bebê autista não conhece tal experiência. No seu caso, o circuito pulsional não se fecha, nessa dimensão não há possibilidade de nenhum tempo autoerótico, “porque nada de um prazer suscitado no Outro pode ser registrado no polo alucinatório de satisfação” (Laznik, 2021, p. 78). Não obstante, o autoerotismo é satisfatoriamente a inscrição de gozo, percebe-se que à medida em se fala desta experiência, não há sofrimento psíquico envolvido. Não haver tempo autoerótico no bebê configura o próprio sofrimento, não dá-se a perceber o espaço para envolver seu corpo a ver-se pelo Outro endereçando-se corporalmente à alguém, choro frequente, sono com perturbações, não-olhar, e por assim, equipar-se de satisfação e constituir um sujeito de desejo.

Em síntese, Laznik (2021), aponta marcas essenciais na relação do bebê com sua mãe e a função paterna, que nada mais é do que a metáfora em ter um outro além da mãe a quem se endereçar, permitindo-se separar desta mãe. Então, para pensar o diagnóstico de autismo é necessário apreender o termo alienação, que denota sentido do bebê passar pelos significantes do Outro e num mesmo movimento ficar alienado a este Outro, por exemplo, quando a mãe (Outro) interpreta e nomeia o que sente o filho, quando chora - “Ah! Você quer mamar?!”, quando balbucia – “Então você quer conversar?”. Uma falha na alienação, implica na recusa que o bebê faz ao Outro, não ouve nada do que se endereça a ela e não há respostas da ordem perceptiva.

As “não-respostas” são os comportamentos comuns na experiência de vida do autista, uma vez que ele ignora a presença do outro como consequência da desinibição libidinal. Fala-se de um investimento de gozo no olhar da mãe e do outro, que a este bebê também o é privado. Do mesmo modo que a pulsão oral comprometida desvitaliza, ainda bebê, o desenvolvimento da linguagem, a iniciar por não haver reconhecimento da voz do Outro. A linguagem em emissão de uma voz ou som, oferece suporte do Outro e permite o jogo presença/ausência, dá a ver o espaço entre o que é endereçado ao bebê na prosódia ou fala, e o tempo para este retornar algum efeito e enviar ao Outro, a mãe reenvia algo ao bebê, quando tudo vai bem.

A presença da linguagem é extremamente importante na elaboração do circuito pulsional adequado. Uma amostra disso é a apetência oral, marca de uma forma muito particular usada pela mãe conhecida como “manhês”. A mãe fala em “manhês” e suas nuances do tom da voz e a prosódia espacial, são capazes de captar a atenção do bebê e produzir efeito significativo na apetência oral do pequeno indivíduo, isto é, na espontânea relação com o apetite e satisfação alimentar. O “manhês” apresenta uma série de características linguísticas, das quais de acordo com Laznik (2021), estupefação e prazer precisam andar conjugados para produzir esse tipo de pico prosódico.

A mesma autora escreve acerca das suas experiências clínicas com bebês e uso da prosódia e “manhês”, ao longo de suas observações, conclui que os bebês que se tornaram autistas nos levam a pensar que o recém-nascido só olharia para sua mãe – ou o Outro Primordial de sua vida – quando ele fizesse a experiência desta prosódia na voz materna. Esta prosódia lhe possibilitaria identificar sua presença como o objeto causa de um gozo deste Outro Primordial. Ele vai procurar o rosto que corresponde a esta voz particular. E ele procurará também fazer-se objeto deste olhar, no qual ele lerá que ele é o objeto causa dessa surpresa e dessa alegria que a prosódia da voz e os traços do rosto materno refletem (Laznik, 2021, p. 80).

Um bebê em sofrimento se retira de todas as possíveis conexões com a mãe ou cuidador, evitando que suas bordas se enlacem na produção com o Outro e no social. Perceba-se que ao crescer e atingir a infância a que o autista se estruturou psiquicamente desta forma, à medida que se restringe a pouca ou quase nada oferta do corpo, dos gestos e expressões, da linguagem e interações sociais. Se for possível intervir e usar dos instrumentos do olhar, modalizações da voz e uso da palavra, poderá se encontrar com um potencial sujeito para vir a ser um sujeito de desejo. Tamanha importância da mãe, o terceiro da função parental e demais cuidadores (família) reconhecer o sofrimento e minimizar a angústia e os prejuízos do vir a ter.

A questão principal que pode-se verificar no conjunto de experiências é, que diante da ausência de respostas do bebê, os pais ou cuidadores não deixem de recolher, na relação com o filho, os sinais que o identificam como o filho desses pais. Ninguém está livre das surpresas e atravessamentos, mas conceber a vida é, nesse caso, um jogo de todos, onde criança e pais merecem ter o prazer compartilhado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão bibliográfica proporcionou uma profunda análise sobre a subjetividade da criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e seu impacto no processo de aprendizagem. Ao longo desta investigação, emergiram insights cruciais que apontam para a necessidade premente de compreendermos e abordarmos a singularidade desse público na esfera educacional.

Ficou claro que a subjetividade da criança com TEA é multifacetada, sendo influenciada por fatores genéticos, ambientais e neurobiológicos. A compreensão dessa complexidade é vital para promover uma educação inclusiva e eficaz, que respeite as diferenças individuais e proporcione um ambiente propício ao desenvolvimento pleno das potencialidades dessas crianças.

A interseção entre a subjetividade e o processo de aprendizagem revelou que estratégias pedagógicas personalizadas, adaptadas às necessidades específicas de cada criança com TEA, são fundamentais. A consideração das preferências sensoriais, estilos de aprendizagem e comunicação peculiar dessas crianças torna-se imperativa para garantir uma participação ativa e significativa no ambiente escolar.

Além disso, ressaltamos a importância do envolvimento colaborativo entre educadores, profissionais de saúde e familiares no suporte integral à criança com TEA, que conheça substancialmente as premissas da sua constituição psíquica e as possibilidades de interlocução com o desenvolvimento da aprendizagem. A construção de uma rede de apoio sólida e a troca de conhecimentos são essenciais para proporcionar um ambiente enriquecedor e favorável ao desenvolvimento cognitivo, emocional e social dessas crianças.

Concluimos, portanto, que a abordagem da subjetividade da criança com TEA no contexto educacional demanda uma visão holística, sensível e adaptativa. Este artigo espera contribuir para a conscientização e promoção de práticas inclusivas que considerem a singularidade de cada criança com TEA, visando um processo de aprendizagem mais eficaz e enriquecedor para todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. L., & NEVES, A. S.. **A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia?** Psicologia: Ciência e Profissão, 40, 1-12., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/WY8Zj3BbWsqJCz6GvqGFbCR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 fev. 2024.

BARATTO, G. **A Descoberta do Inconsciente e o Percorso Histórico de sua Elaboração.** Psicologia ciência e profissão, 2009, 29 (1), 74-87. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n1/v29n1a07.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

IBGE – **Instituto brasileiro de geografia e estatística**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/>. Acesso em: 31 jan. 2024.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM–5/ [**American Psychiatric Association**]; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento...et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2014.

JERUSALINSKY, A. **Para um autista uma verdadeira inclusão acontece quando ele decide se incluir**. In A. Jerusalinsky (Org.), Dossiê autismo (pp. 252-275). São Paulo, SP: Instituto Langage, 2015a.

JERUSALINSKY, J. **Deteção precoce de sofrimento e psicopatologia na primeira infância: a desobediência dos bebês aos critérios nosográficos deve ser considerada**. In M. Kamers, R. M. Mariotto, & R. Voltolini (Orgs.), Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência (pp. 103-116). São Paulo, SP: Escuta, 2015b.

JERUSALINSKY, J. **Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce**. / organizadores: Julieta Jerusalinsky, Maribél de Salles de Melo. – Salvador: Ágalma, 2020.

LAZNIK, M. C., TOUATI, B., BURSZTEJN, C.. **Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância**. 1. Ed. – São Paulo: Instituto Langage, 2016.

LAZNIK, M-C.. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. – 4. reimpr. – Salvador: Ágalma, 2021.

PRISZKULNIK, L.. **A criança sob a ótica da Psicanálise: algumas considerações**. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, Vol. 5, nº.1, 2004, pp. 72-77. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142004000100009. Acesso em: 24 ago. 2023.

ZAVARONI, D. M. L. *et al.* **A constituição do infantil na obra de Freud**. Estudos de Psicologia 2007, 12(1), 65-70. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/THrZvYF8GzLyy7XRDK7BPSp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

Conhecimento de enfermeiros sobre normas técnicas na sala de vacina e sua influência na segurança do paciente

Sarah Vivian Costa Oliveira

João Luís Josino Soares

Pamela Campelo Paiva

Cleitiana Maria de Moraes Barbosa

RESUMO

Introdução: A falha de supervisão, na sala de vacina, gera impactos na assistência prestada aos pacientes que procuram o serviço, desta maneira o enfermeiro precisa planejar e avaliar as atividades executadas para evitar possíveis ocorrências. Esse estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento de enfermeiros sobre normas técnicas na sala de vacina e sua influência na segurança do paciente. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, através de um questionário semiestruturado com 37 profissionais de nível superior em Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde do município de Caucaia/CE, entre os meses de fevereiro a novembro de 2023. Os resultados demonstraram que em relação a área física da sala de vacinação há maior frequência de conformidade quanto ao tamanho, piso resistente e antiderrapante, instalações com torneira e pia, iluminação, ventilação; temperatura adequada, guarda de insumos, preenchimento correto dos comprovantes, e de forma crítica apresentou maior insuficiência quando se trata de mobiliário e capacitação. A análise da amostra evidenciou conhecimento inadequado dos profissionais em sala de vacina, a maioria relacionada à conservação dos imunobiológicos. Identificou-se demanda urgente na qualificação dos profissionais de enfermagem. **Conclusão:** Podemos observar que os profissionais da sala de imunização possuem conhecimento sobre as atividades realizadas, contudo na prática algumas das atribuições dos profissionais não são realizadas de forma satisfatória e de acordo com que é exigido nos protocolos e manuais do Ministério da Saúde, e observamos o quanto é fundamental que todos os profissionais realizem treinamento em serviço, principalmente na sala de imunização onde mudanças ocorrem constantemente.

Palavras-chave: conhecimento; vacina; supervisão de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Failure of supervision in the vaccination room impacts the care provided to patients seeking the service, so nurses need to plan and



evaluate the activities performed to avoid possible occurrences. This study aims to evaluate nurses' knowledge of technical standards in the vaccination room and their influence on patient safety. Development: This is a quantitative research, using a semi-structured questionnaire with 37 higher education professionals in Nursing from Basic Health Units in the city of Caucaia/CE, between the months of February to November 2023. The results demonstrated that in Regarding the physical area of the vaccination room, there is a greater frequency of compliance in terms of size, resistant and non-slip floor, facilities with tap and sink, lighting, ventilation; adequate temperature, storage of inputs, correct completion of receipts, and critically, there was greater insufficiency when it came to furniture and training. Sample analysis showed inadequate knowledge of professionals in the vaccine room, most of which was related to the conservation of immunobiological. An urgent demand for the qualification of nursing professionals was identified. Conclusion: We can observe that the professionals in the immunization room have knowledge about the activities carried out, however, in practice, some of the professionals' duties are not carried out satisfactorily and in accordance with what is required in the protocols and manuals of the Ministry of Health, and we observed how essential it is that all professionals undergo in-service training, especially in the immunization room where changes occur constantly.

Keywords: knowledge; vaccine; nursing supervision.

INTRODUÇÃO

Algumas doenças que antes causavam mortes, e algumas outras que tinham grande transmissibilidade foram controladas com a imunização que é, mais precisamente, uma medida de intervenção e de fortalecimento do sistema imune para o combate, ou controle, ou a disseminação de uma doença (Martins; Dos Santos; Álvares, 2019).

A imunização é importante para o controle sanitário, evitando o ressurgimento de doenças. Em 18 de setembro 1973, o Ministério da Saúde promoveu uma reunião, com grandes sanitaristas, em Brasília para formular o Programa Nacional de Imunização (PNI), com o objetivo de coordenar ações para melhorar os índices, dar continuidade às atividades e ofertar todas as vacinas gratuitamente na rede pública (Domingues *et al.*, 2019).

É na Atenção Básica, mais precisamente nas Unidades Básicas de Saúde, com o Programa de Estratégia da Família, onde acontece grande parte da imunização populacional, viabilizando o acesso da população aos insumos, devemos também considerar que além de ser responsabilidade do profissional da Enfermagem de exercer a supervisão da sala de vacina, organizando o setor, ainda este é responsável pela orientação, estratégias para intensificação, bloqueios, campanha de vacinação, acompanhar cobertura vacinal e taxa de abandono (Tomasi *et al.*, 2011).

Conforme a PNAB 2017 (Política Nacional de Atenção Básica) a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde devem desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças, nos territórios sob sua responsabilidade (Brasil, 2017).

Na sala de vacinação, as atividades devem ser desenvolvidas por uma equipe de enfermagem devidamente treinada e capacitada para realizar o manuseio, conservação e administração do imunobiológico, conforme a técnica correta de aplicação, garantindo dessa

forma a Segurança do Paciente e a Qualidade no processo. Para essa supervisão é exigida a pessoa do enfermeiro, enquanto profissional que possui Responsabilidade Técnica (RT), pela qualidade do serviço prestado à população, conforme estabelecido pela Resolução 302 de 2005 do Conselho Federal de Enfermagem (De Queiroz *et al.*, 2009; COFEN, 2005).

O município de Caucaia está localizado na região Nordeste, especificamente no estado do Ceará, estende-se por 1.223,246 km², dividido em três climas: praia, serra e sertão. Sua população estimada é 368.918 pessoas (2021), e sua densidade demográfica é de 264,91 hab/km² (Censo, 2010).

Atualmente o município conta com 72 equipes de estratégia da família e 46 Unidades Básicas de Saúde, algumas com gerências administradas por profissionais Enfermeiros. Esta pesquisa justifica-se em virtude da pesquisadora entende ser um assunto de grande relevância, já que a imunização é responsável pela erradicação e controle sanitário. Busco avaliar a supervisão do profissional, enfermeiro assistencial, dentro da atenção básica, em relação à vivência da sala de vacina, observa-se que algumas vezes os enfermeiros deixam por conta dos técnicos de enfermagem toda a rotina da sala de vacina, caracterizando dessa forma uma supervisão ineficiente, seja por conta da falta de capacitação, esses profissionais não se sentem seguros para essa vivência ou por sobrecarga de atribuições nas UBS.

A relevância em pesquisar o tema, para a área da Enfermagem, é importante para o conhecimento prático e teórico dos profissionais, já que a sala de vacina é de responsabilidade da enfermagem, e para uso da gestão como forma de realinhar algumas demandas.

Em vista de contribuir para a propagação e conhecimento do assunto, levantar questionamentos e analisar a percepção de alguns profissionais em relação à rotina com vacinas, já que, atualmente, o processo de vacinação está em evidência por conta da sua importância quanto ao controle de uma doença pandêmica.

A atribuição da enfermagem na sala de vacinação envolve diversas responsabilidades cruciais para garantir a eficácia e a segurança do processo de imunização. Algumas das principais funções incluem: Realizar a recepção dos indivíduos, verificando sua elegibilidade para a vacinação, esclarecendo dúvidas e obtendo informações relevantes sobre histórico de saúde e alergias; Realizar a correta preparação das vacinas, seguindo as orientações técnicas, e administrar as doses de acordo com as diretrizes do programa de imunização; Observar os vacinados após a aplicação da vacina para identificar possíveis reações adversas imediatas, prestando os primeiros socorros quando necessário. Registrar todas as informações pertinentes no prontuário do paciente e nos sistemas de controle de vacinação, assegurando a rastreabilidade e a conformidade com os protocolos estabelecidos.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o conhecimento de enfermeiros sobre normas técnicas na sala de vacina e sua influência sobre a segurança do paciente e como objetivos específicos descrever a percepção do Enfermeiro sobre o seu processo de supervisão na sala de vacina.

Diante disso busca-se responder a seguinte pergunta norteadora: Qual o grau de conhecimento de enfermeiros sobre normas técnicas na sala de vacina e sua influência na segurança do paciente?

DESENVOLVIMENTO

Revisão de literatura

A ineficiência e despreparo no controle biológico das salas de vacinas

Em uma pesquisa realizada no Brasil mostra que a falta de profissionais, falta de termômetro ou monitoramento diário de temperatura, detecção de exposição frequente, comprometem a qualidade dos imunizantes. Produtos sujeitos a temperaturas extremas ($<0^{\circ}\text{C}$ e $>10^{\circ}\text{C}$) durante o envio e transporte e organização inadequada de armazenamento, geladeiras e não exclusividade de vacinas e estoque (Siqueira *et al.*, 2017).

Esta realidade é um problema porque a falta de habilidade com o processo de imunização pode comprometer a qualidade da imunogenicidade, bem como perdas desnecessárias de vacinas, devido a erros na manutenção da cadeia de frio. Os cuidados com a preservação das vacinas, que incorporam uma série de atividades na prática da enfermagem, apontam para a necessidade de educação continuada do pessoal, monitoramento e avaliação do processo de trabalho e aprofundamento de estudos na área (Conceição de Oliveira *et al.*, 2013).

Tendo em vista que o enfermeiro é o responsável técnico e administrativo pelas atividades em sala de vacina e que a supervisão de enfermagem é uma importante ferramenta para a melhoria na qualidade do serviço e para o desenvolvimento de habilidades e competências da equipe de saúde, é relevante compreender de que maneira o enfermeiro das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) realiza a supervisão das atividades da equipe de enfermagem em sala de vacina, visando a qualidade da assistência prestada (Da Costa Braga *et al.*, 2020).

É de responsabilidade da equipe de enfermagem a capacitação do profissional, da sala de vacina, no que diz respeito ao acolhimento do indivíduo, bem como, às condições de armazenamento dos imunobiológicos (Da Silva Araújo *et al.*, 2023).

Prática do profissional de enfermagem na sala de vacina

A Imunização é um processo de exclusividade da Atenção Primária à Saúde e essa vivência na sala de vacina, deve ser dominada pelo profissional da Enfermagem já que é o responsável técnico pelo setor, além de ter que organizar, capacitar, e avaliar os processos que ali ocorrem.

A falha de supervisão, na sala de vacina, gera impactos na assistência prestada aos pacientes que procuram o serviço, desta maneira o enfermeiro precisa planejar e avaliar as atividades executadas para evitar possíveis ocorrências. As salas de vacina devem ser destinadas apenas para esse fim, e os profissionais vinculados a ela devem conhecer o calendário nacional de vacinação, além de possuir o conhecimento a respeito dos agentes imunizantes e a pessoa a ser imunizada (Braga *et al.*, 2017).

De Oliveira *et al.*, (2014), identificou que muitas vezes os profissionais do nível médio ficam sozinhos nas salas de vacina, carentes de informações. Esta situação faz

com que estes busquem diversas formas para atualizar o conhecimento sobre imunização, recorrendo à internet, bulas de vacina ou informações com enfermeiros ou colegas de outras unidades, sem se quer uma capacitação mais efetiva.

Enfermeiro e liderança na unidades de saúde

A Atenção Básica, atualmente denominada de Atenção Primária, foi instituída em 2006, seguindo as normas e diretrizes da PNAB, é o primeiro nível de acesso dos pacientes para os serviços do Sistema Único de Saúde, desenvolvendo a prevenção, promoção, e reabilitação para a população. O enfermeiro tem papel fundamental dentro das unidades de saúde, onde geralmente atua na assistência e gerenciamento do setor, sendo ele, um responsável técnico (Fernandes *et al.*, 2010).

A liderança deve ser um ponto chave, já que muitas vezes o enfermeiro além de realizar a assistência fica responsável por toda a unidade de saúde, desenvolvendo atividades como: gerar relatórios, organizar fluxos, e supervisionar os serviços ofertados. existem algumas barreiras que podem dificultar essa liderança como: relação verticalizada e impessoal com os usuários, família e equipe; modelo biomédico de saúde; exclusão dos usuários na construção das atividades gerenciais e trabalho do enfermeiro pautado nos modelos da administração pública (De Oliveira Mattos; Balsanelli, 2019).

O trabalho do enfermeiro na APS divide-se entre gerenciar e assistir, desencadeando sentimentos que oscilam entre o prazer – quando exerce o papel articulador entre os membros da equipe, quando tem o trabalho reconhecido pelo olhar do paciente, ou ainda quando é percebido como facilitador do cuidado – e o sofrimento resultante da sobrecarga de trabalho; das fragilidades dos sistemas de saúde; das condições físicas dos serviços, e da exposição aos variados riscos ocupacionais (Pires; Lucena; De Oliveira Mantesso, 2022).

O Processo de trabalho do enfermeiro frente a vacinação

A assistência e a supervisão são necessárias para os profissionais da Enfermagem, porém muitas vezes na prática isso acaba não acontecendo, pois, alguns profissionais ficam mais com a parte administrativa e outros para assistência, gerando uma lacuna em outros serviços prestados.

Portanto, visto que a vacinação é considerada, um dos maiores avanços da área da saúde, nas últimas décadas, e tem contribuído para o alcance de resultados positivos na saúde pública brasileira, faz necessário o acompanhamento, do processo de trabalho, da equipe de enfermagem pelo enfermeiro responsável, com a finalidade de oferecer à população vacinas em estado de máxima potência e reduzindo falhas no procedimento (Pereira *et al.*, 2019).

Alguns profissionais desconhecem a rotina diária da sala de vacina e os processos nela existente, dessa forma deixando a responsabilidade nas mãos dos técnicos de enfermagem (vacinadores).

Evidenciou-se a grande responsabilidade do enfermeiro em seu processo de trabalho, no serviço de saúde. No entanto, identificou-se como um fator agravante a baixa

implicação e empoderamento do enfermeiro no desenvolvimento das ações de imunização, contribuindo assim para o seu afastamento da sala de vacina o que resultou numa responsabilidade cada vez mais do técnico de enfermagem pelas atividades (Braga *et al.*, 2022).

METODOLOGIA

Nesta seção, foram apresentados os métodos utilizados para a realização desta pesquisa. Primeiramente foi feita uma análise documental em artigos científicos e livros que, de acordo com Gil (2010) “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.” Dessa maneira, usou-se também dessa técnica para ter uma base teórica sobre: a) a ineficiência e despreparo no controle biológico das salas de vacinas; b) prática do profissional de enfermagem na sala de vacina; c) enfermeiro e liderança nas unidades de saúde; e d) o processo de trabalho do enfermeiro frente a vacinação.

Assim, foi realizada também uma pesquisa quantitativa, trazendo amostras reduzidas que sintetizam os dados de forma numérica, tabulando-os (Marconi e Lakatos, 2010). Dessa maneira, foram elaboradas algumas perguntas em questionário semiestruturado que respondem aos objetivos descritos neste artigo. A pesquisa foi aplicada com o público de forma presencial.

As entrevistas foram aplicadas com 37 profissionais de nível superior em Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde do município de Caucaia/Ce, dentre as 46 existentes na cidade. O levantamento da pesquisa ocorreu no período de fevereiro a novembro de 2023., com coleta de dados em campo nos meses de abril, maio, junho de 2023.

No trabalho de campo, a coleta de dados foi realizada através de questionários semiestruturados aplicados nos sujeitos entrevistados. De acordo com Marconi e Lakatos (2007), o questionário é um instrumento de coleta de dados construído por uma série ordenada de perguntas, e deve ser respondido por escrito e sem a presença do pesquisador. Marconi e Lakatos (2007) afirmam que é importante o uso de perguntas abertas, também chamadas livres ou não-limitadas, pois permitem ao informante responder livremente, usando linguagem própria. As vantagens do questionário são: economia de tempo, viagens, obtenção de respostas mais rápidas e precisas, e obtenção de um grande número de dados.

Como forma de embasar a presente pesquisa, foram utilizados conhecimentos primários e secundários acerca da temática abordada nesta pesquisa, bem como: livros, artigos, revistas, *sites*, entre outros e demais materiais.

Os critérios utilizados para serem considerados aptos a responder e participar da presente pesquisa são: exclusivamente voltado para profissionais Enfermeiros(as) que atuam na assistência, das unidades de saúde, do Município de Caucaia atualmente. Vale salientar, que os mesmos estão aptos a participarem da pesquisa e responderam voluntariamente a pesquisa. Excluem-se da pesquisa, a ser realizada, todos os sujeitos que não atendam a todos os requisitos.

Esta pesquisa aborda uma temática e problemática, para discussão acadêmica

de conhecimento público, respeitando as questões impostas pela instituição de ensino, utilizada como campo de pesquisa, e também pelo sigilo das informações pessoais dos respondentes, respeitando os aspectos éticos.

Os benefícios que envolvem essa pesquisa são apresentados por fomentar a discussão, análise dessa temática e principalmente, por oportunizar compreender a percepção dos profissionais acerca do processo de trabalho.

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as normas vigentes expressas na Resolução 466/12. Sendo feita somente após obtenção da carta de anuência e a autorização do comitê de ética da instituição.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), necessário para o início da coleta de dados, foi entregue aos participantes da pesquisa para assinarem e concordarem com a pesquisa, retendo uma via e outra entregue ao pesquisador.

Em relação a autonomia dos participantes, foi realizado o esclarecimento sobre a participação voluntária na pesquisa e do direito à desistência, a qualquer momento, bem como à abstenção, de alguma pergunta do questionário, caso o participante desejasse.

De acordo com a Resolução 466/12, os riscos e benefícios foram respeitados nos procedimentos da pesquisa, na qual envolve seres humanos, de modo a atender às exigências éticas e científicas fundamentais, tais como: consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvos; garantia do sigilo que assegure a privacidade e o anonimato dos sujeitos quanto à coleta de dados; respeito total à dignidade do ser humanos em mutilação ou violação do corpo; garantia de minimização de riscos; respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes.

Consideração aos princípios da benevolência e não-maleficência; a obrigação de não causar nenhum dano e maximizar possíveis benefícios foi um compromisso assumido pelo presente estudo sendo assegurado o anonimato dos participantes.

O material coletado é de uso exclusivo do pesquisador, sendo utilizado com a finalidade única de fornecer elementos para a realização desta pesquisa, de forma a garantir a privacidade, individualidade, crenças e valores dos respondentes dos questionários.

Como forma de retorno da pesquisa, será elaborado um relatório e entregue a gestão. Em tempo será realizada uma oficina com os profissionais de enfermagem participantes da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram obtidos através de pesquisa qualitativa e quantitativa, com aplicação de questionário semiestruturado, contendo 11 perguntas respondidas por Profissionais da Enfermagem, de nível superior, de 37 Unidades Básicas de Saúde, localizadas no Município de Caucaia/CE. As perguntas e respostas foram analisadas por meio de gráficos e transcrição das falas para que haja uma discussão e sustentação das hipóteses levantadas neste estudo. O questionário foi elaborado para buscar respostas aos objetivos gerais e específicos, antes estabelecidos para a realização desta pesquisa.

A Estratégia de Saúde da Família, conforme a PNAB, é a que promove, organiza e desenvolve ações da saúde, realiza acolhimento com escuta qualificada e analisa as vulnerabilidades, no contexto sala de vacina. A equipe de Estratégias da Família (ESF) recebe a população; verifica a caderneta de vacinação e realiza as anotações, conforme o calendário de vacinação.

Foi necessário conhecer um pouco mais sobre a ótica do Profissional de Enfermagem, de nível superior, diante dos aspectos gerais da sala de vacina. Constatou-se que, dentre os entrevistados nas UBS, todos afirmaram que a sala apresenta identificação, o que favorece a melhor visualização do ambiente; no que diz respeito à facilidade de acesso à população e exclusividade para a atividade de vacinação 91,67% afirmaram existir espaço com essas características. Quanto ao funcionamento obteve-se que 22,22% tem seu funcionamento diário em 6 horas e 77,78% em 8 horas, conforme consta no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Identificação da sala e horário de funcionamento.



Fonte: dados da pesquisa (2023).

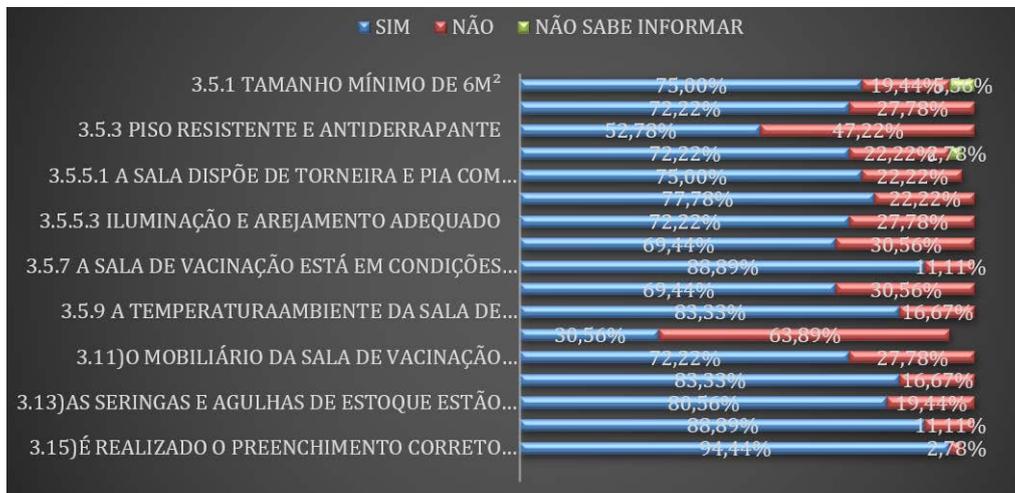
Conforme o manual de procedimentos para vacinação, do Ministério da Saúde (2014), a sala de vacinação é classificada como área semicrítica. Deve ser destinada exclusivamente à administração dos imunobiológicos.

Na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC, da ANVISA, não institui um tamanho mínimo, mas determina dimensões, mobiliário e infraestrutura compatíveis com as atividades oferecidas. Porém a RDC 50/2002 exige pelo menos 6m² de área, em estabelecimentos de saúde. Devem possuir bancada para o preparo de imunizantes e manipulação e a pia com torneira e água corrente. Além disso deve ter dispenser de sabonete líquido e álcool 70%. E também devem ter maca, mesa, cadeira, termômetro, equipamento de refrigeração exclusivo (regularizado perante a Anvisa) para guarda e conservação de vacinas. Vale ressaltar a importância dos recipientes para descarte de materiais perfurocortantes, de resíduos biológicos e caixa térmica de material durável e de fácil higienização.

Conforme gráfico 2 constatou-se, a partir das respostas dos entrevistados, portanto, que acerca da área física da sala de vacinação há maior frequência de conformidade quanto ao tamanho; piso resistente e antiderrapante; instalações com torneira e pia; iluminação e ventilação; temperatura adequada; guarda de insumos e preenchimento correto dos comprovantes, comprovando condições regulares de funcionamento; e, de forma crítica,

constando insuficiência quando se trata de mobiliário. Os dados coletados correspondem à percepção quanto a infraestrutura disponibilizada e já instalada pela Secretaria de Saúde do Município, podendo, no entanto, existir divergências por não conhecimento técnico das normas preconizadas pela RDC nº 50/2022.

Gráfico 2 - Área física e condições de instalações nas salas de vacinação.

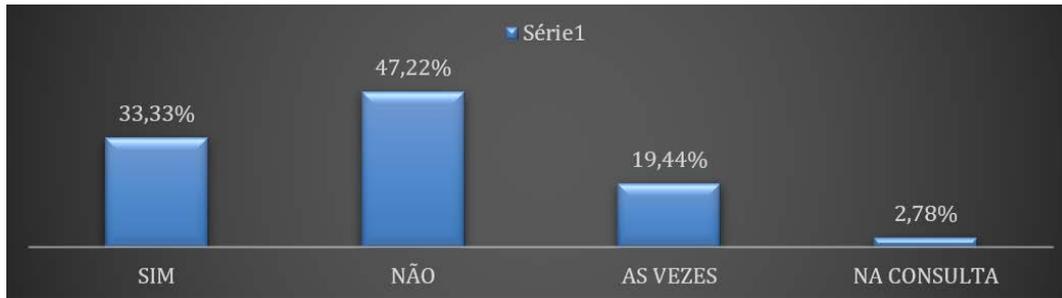


Fonte: dados da pesquisa (2023).

A administração de imunobiológico confere imunização ativa ou passiva ao indivíduo. Para que este processo ocorra na sua plenitude e com segurança, as atividades de imunização devem ser cercadas de cuidados, adotando-se procedimentos adequados antes, durante e após a administração dos imunobiológicos, conforme consta no Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação do Ministério da Saúde.

Segundo a Lei do exercício profissional do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (Lei 7498/ 1986), o profissional da Enfermagem, na Atenção Básica, deve ser o responsável pela supervisão da sala de vacina, além de traçar estratégias, monitorar os faltosos, realizar capacitação, acompanhar os indicadores e realizar as atividades de assistência à saúde e orientações.

Porém, dentre as diversas atribuições da rotina nas unidades de saúde, existem impactos quanto à supervisão de Enfermagem na sala de vacina, como podemos ver no gráfico 3 que trata a respeito da supervisão em dias específicos e cotidianos do profissional da Enfermagem. Percebe-se que 47,22% não utilizam de dia específico para realizar a supervisão dentro da sua rotina; 33,33% constam dias específicos; 19,44% relatou que as vezes possui a frequência e 2,78% apenas nos dias de consulta de puericultura conseguem visualizar e realizar as orientações necessárias.

Gráfico 3 - Programação de dia específico de supervisão.

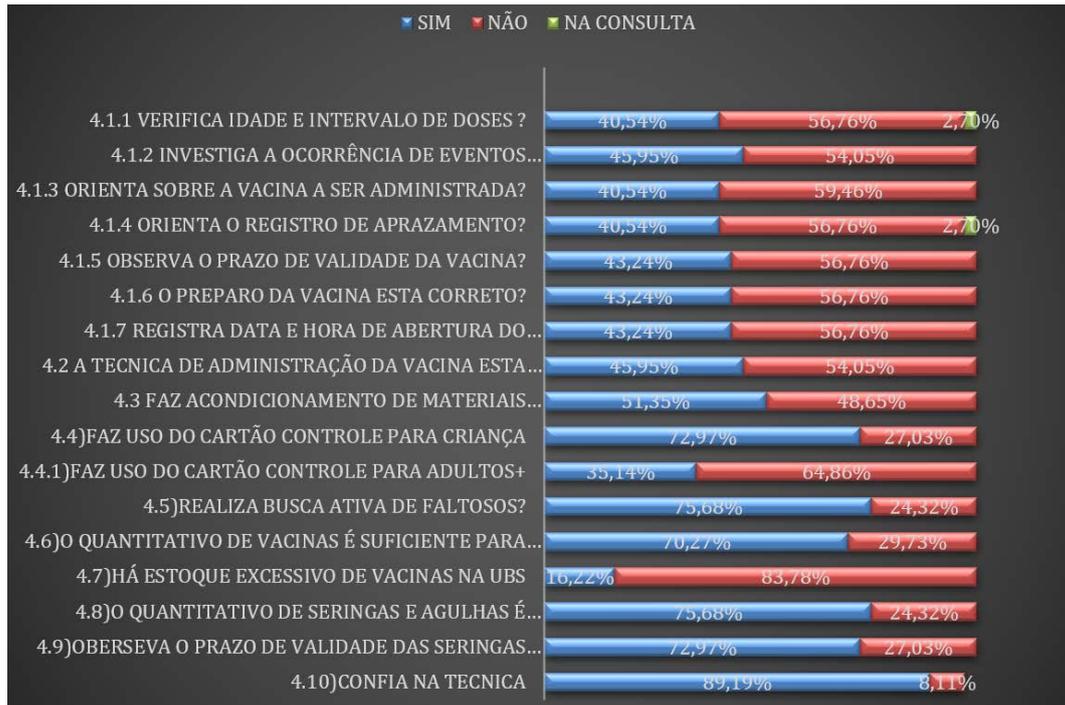
Fonte: dados da pesquisa (2023).

Visto os resultados dos respondentes, constatou-se que a aplicação não se adequa integralmente ao preconizado no Parecer Técnico nº 0011/2022 do Conselho Regional de Enfermagem que afirma que o enfermeiro é responsável pela supervisão e ou pelo monitoramento do trabalho desenvolvido na sala de vacinação e pelo processo de educação permanente da equipe.

Para aqueles profissionais que confirmaram que conseguem organizar um dia específico para realizar a supervisão na sala de vacina, observa-se que a confiança no profissional técnico de enfermagem, é muito mais prevalente. A maioria dos profissionais entrevistados relataram bom relacionamento e troca de experiências positivas; e vale ressaltar que esses profissionais possuem grande experiência técnica que não deve ser desconsiderada na prática, mesmo com as ressalvas constantes nas notas técnica em que referencia, apenas o profissional de Enfermagem como responsável técnico.

Nesse ambiente, o enfermeiro é indispensável, assegurando a qualidade da rede de frios; mantendo a eficácia da imunização a população, tal como, fornecendo ensino continuado à equipe; requisitando capacitações para aperfeiçoar o manejo dos equipamentos, aplicação e conservação dos imunobiológicos (Pereira *et al.*, 2007).

A partir da confirmação no questionário a respeito da programação de dia específico de supervisão, ou seja, o SIM, tem-se no Gráfico 4 a percepção do profissional de enfermagem na sala de vacina, das unidades básicas. Podem ser verificados percentuais mais sensíveis quanto a verificação da idade e intervalo das doses; existência de estoques excessivos na UAPS; técnica de administração da vacina; prazo de validade; data e hora da abertura do frasco; uso do controle de cartão para adultos; revacinação; em contrapartida tem-se de forma positiva o acondicionamento de materiais; realização de busca ativa de faltosos; quantitativo de vacinas e insumos serem suficientes; e confiança na técnica de enfermagem.

Gráfico 4 - Percepção do profissional de enfermagem na sala de vacinas das unidades básicas.

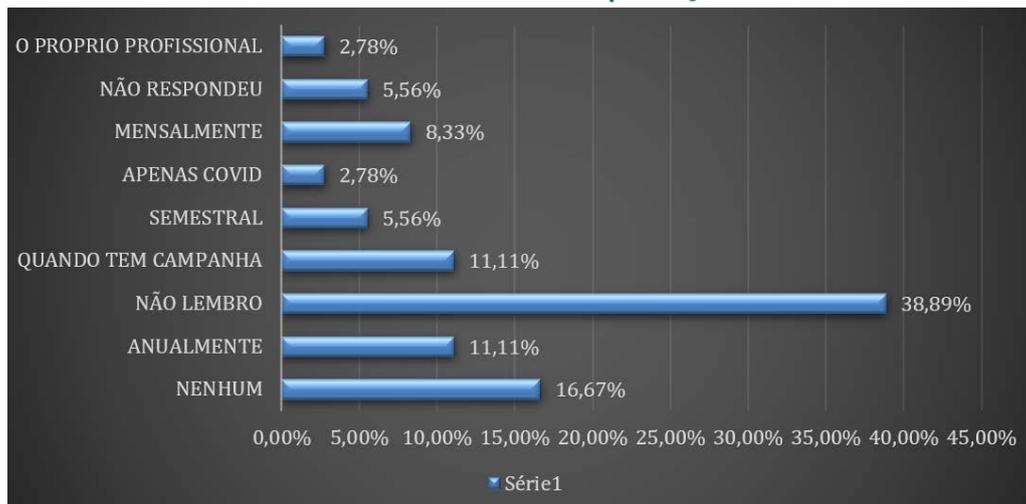
Fonte: dados da pesquisa (2023).

Entende-se que para a supervisão dos procedimentos de vacinação há a exigência do profissional de enfermagem, visto ser dele a responsabilidade técnica pelo serviço, estabelecida pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 302/2005.

Observa-se que a atividade na área da saúde exige do profissional ações de educação permanente que consistam em processos de capacitação contínua, pois elas são sem dúvida de suma importância para que diminuam as possibilidades de erros e possam trazer mais segurança aos profissionais, que atuam no ambiente, e aos pacientes que frequentam a sala de vacina.

Desta forma, é possível verificar no gráfico 5, a respeito da rotina de capacitação, indicando maior frequência na afirmação de não lembrança com 38,89%; seguido pela nenhuma 16,67%; quando tem campanha e anualmente com 11,11% cada; mensalmente com 8,33%; semestral e não respondeu com 5,56% cada; e o próprio profissional e apenas covid-19 com 2,78% cada. A afirmação de não qualificação apresentou maior frequência entre os respondentes, o que torna um dado sensível quanto à atualização constante dos profissionais que atuam na área.

Gráfico 5 - Rotina de capacitação.



Fonte: dados da pesquisa (2023).

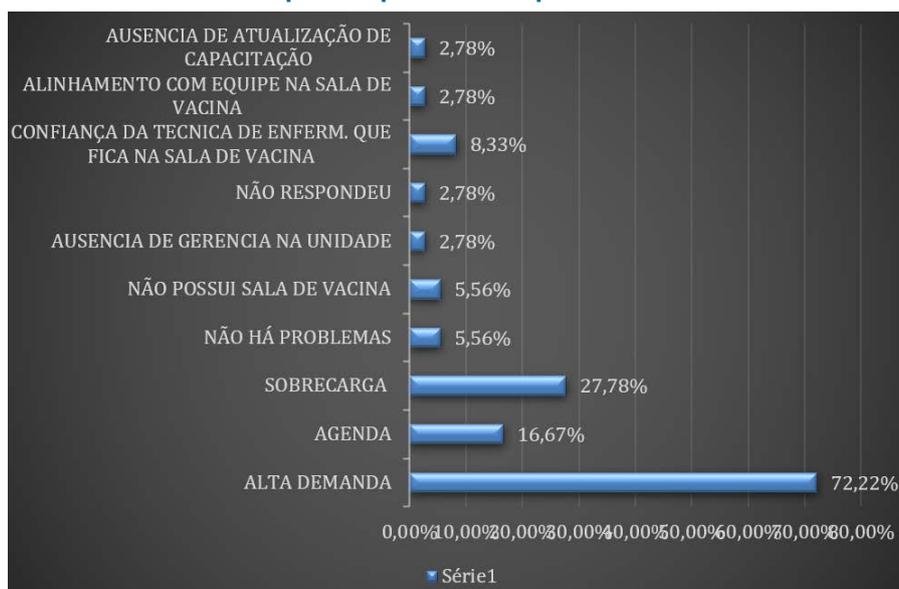
Essa capacitação precisa ser contínua, pois a imunização sofre atualizações e muitas vezes, está em constante mudança como nos imunobiológicos novos, como ocorreu em relação ao covid-19 ou pela rotatividade de profissionais. Quando não acontece de forma continuada pode oferecer riscos, já que os profissionais precisam recorrer a pesquisas em sites, bulas, internet ou até mesmo com outros colegas de profissão.

A educação permanente, dos profissionais responsáveis pela imunização, é uma determinação necessária para que a equipe de enfermagem seja capaz de garantir a qualidade das vacinas oferecidas à população exercendo suas atividades com segurança e sem falhas técnicas (Oliveira *et al.*, 2016).

A atenção primária é sem dúvidas o primeiro contato do paciente com o profissional da saúde, onde geralmente são os enfermeiros que realizam esse acolhimento nas unidades básicas. Além de realizar a assistência, muitas vezes são gestores com diversas atribuições e isso pode afetar a supervisão da sala de vacina.

Em algumas unidades de saúde pode observar que o enfermeiro tinha comparecimento apenas para recolher o mapa de administração dos imunobiológicos, ou que realizava orientações quando a técnica de enfermagem se dirigia ao consultório.

Conforme verifica-se no gráfico 6, os principais motivos que atrapalham a supervisão, na sala de vacinas, têm maior prevalência quando: ocorrem alta demanda 72,22%; seguido com a sobrecarga com 27,78%; agenda com 16,67%; confiança do técnico de enfermagem 8,33%; não possui sala de vacina e sem problemas 5,56%; e ausência de atualização/capacitação, alinhamento com equipe na sala, ausência de gerência na unidade e não respondente 2,78% cada.

Gráfico 6 - Motivos que atrapalham a supervisão na sala de vacina.

Fonte: dados da pesquisa (2023).

No entanto, os enfermeiros da UAPS lidam em seu cotidiano com a sobrecarga de trabalho, recursos humanos insuficientes, e assistência desenvolvida de forma assistemática. Diante disso, a supervisão da sala de vacinação e a sua referência técnica podem ser comprometidas. A supervisão ativa contribui para adequadas práticas de vacinação e coberturas vacinais. Em contrapartida, o distanciamento do enfermeiro transfere, para os técnicos de enfermagem, a responsabilidade técnica (Martins *et al.*, 2018).

Quando questionados a respeito dos problemas na sala de vacina corrobora com os dados apresentados quando se relata sobre a área física e condições das instalações nas salas de vacinas sendo o maior ponto crítico a estrutura com 30,77%; falta de insumos 21,54%; falta de mobília e material de expediente com 10,77%; RH insuficiente com 7,69%; capacitação, ausência de internet e sem problemas com 6,15% cada, conforme gráfico 7.

Gráfico 7 - Problemas da sala de vacina.

Fonte: dados da pesquisa (2023).

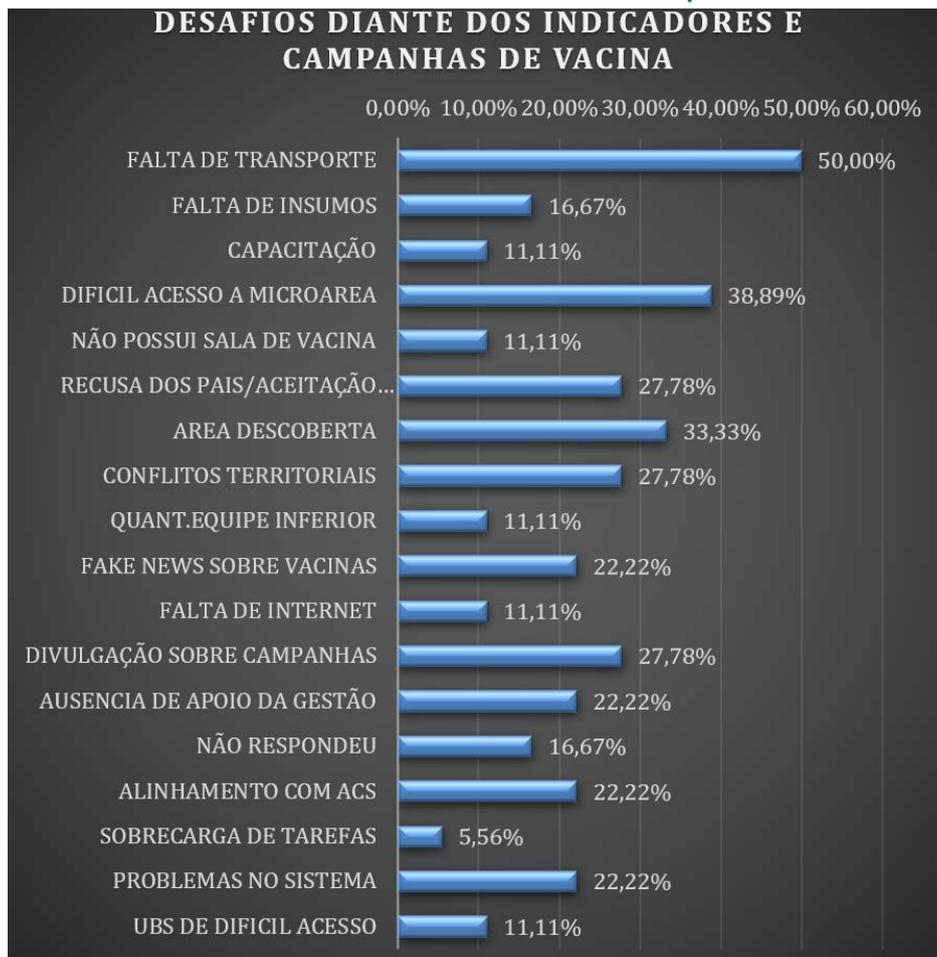
O Manual de Procedimentos para Vacinação, traz algumas orientações sobre a estrutura da sala de vacina, como piso antiaderente, paredes laváveis, pia, bancada entre outras informações. Isso porque a sala de vacina é um local destinado ao acondicionamento e administração das vacinas, devendo por tanto garantir a máxima segurança, prevenindo assim infecções em crianças e adultos atendidos nesse local.

No estudo de Queiróz *et al.* (2009), os autores observaram que em algumas das salas de vacina estudadas, as tomadas não eram exclusivas para as geladeiras, conforme recomendação, dos manuais do Ministério da Saúde, sobre os procedimentos para vacinação. Por outro lado, as salas de vacina seguiam a orientação de manter as geladeiras livres da incidência de luz solar.

O modelo de financiamento, da Atenção Básica, passou por uma mudança por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, na qual instituiu o Programa Previne Brasil. Essa nova estrutura de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Quando se trata de pagamento por desempenho a definição do valor a ser transferido depende dos resultados alcançados no conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária. Dentre os 7 indicadores, um é voltado para imunização: proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas na Atenção Primária à Saúde (APS) contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada.

Observa-se então o quanto a imunização é importante para a saúde da população, mas os desafios para as equipes são muitos, como: conflitos territoriais, falta de insumos, falta de transporte para o deslocamento para microáreas distantes, e a resistência de alguns pais devido a *fake news* sobre vacinas, como podemos conferir no gráfico 8:

Gráfico 8 - Desafios diante dos indicadores de campanhas de vacina.

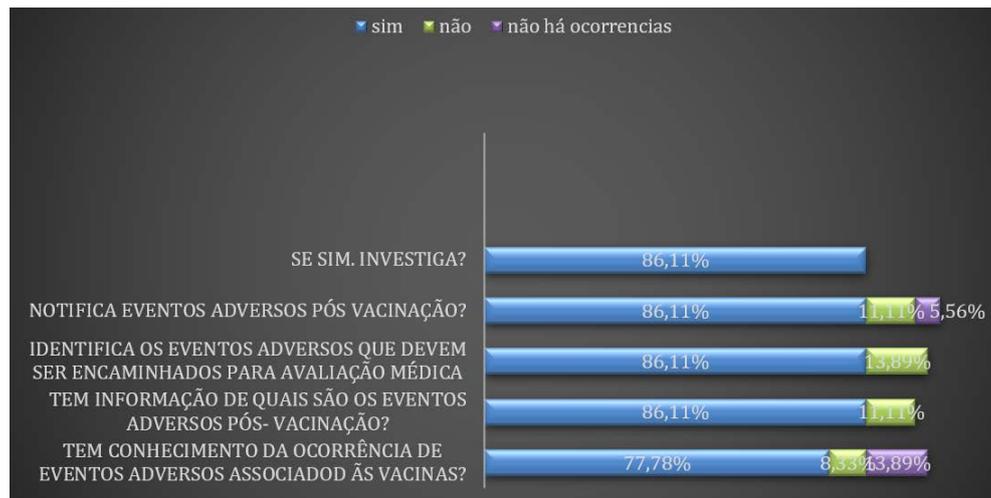
Fonte: dados da pesquisa (2023).

Os profissionais, da saúde pública, que atuam em áreas como: epidemiologia, infectologia e imunizações, precisam ter conhecimento, para lidar com a ocorrência de casos de eventos adversos pós-vacinais, ainda que em sua maioria benignos e transitórios. O manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação, consolida esses eventos e evidencia o quanto a farmacovigilância, de vacina, faz-se necessária para os profissionais da saúde.

Portanto, é necessário, principalmente para o profissional de Enfermagem, ter conhecimento técnico sobre o tema, para que consiga orientar, investigar e acompanhar de forma correta e segura os pacientes.

Quando se diz a qualquer ocorrência médica desfavorável ou sujeito da investigação clínica que não tem necessariamente relação causal com o que já está prescrito na bula da vacina, tem-se uma ocorrência imprevista potencialmente perigosa, tida como evento adverso. Quanto a esses eventos constata-se que há investigação (86,11%); notificação pós-vacinação (86,11%), encaminhamento para avaliação médica (86,11%); possui conhecimento da ocorrência de eventos (77,78%). A partir desses dados constata-se que, de maneira informal, os percentuais podem estar subnotificados em virtude da ausência de notificação por parte do usuário, que por vezes buscam a rede secundária apenas por sintomatologia.

Gráfico 9 - Eventos adversos.



Fonte: dados da pesquisa (2023).

O sistema de informação constitui-se em uma ferramenta fundamental para subsidiar as ações de planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades de vacinação por meio do registro de doses aplicadas na população-alvo, além de permitir a comunicação entre gestores do nível federal, estadual, regional e municipal. Assim, é importante que todas as salas de vacinas utilizem o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) com registro nominal e por procedência (Grefe *et al.*, 2017).

No Sistema Único de Saúde (SUS) um de seus princípios é a equidade, e quando falamos de imunização, esse cuidado é assegurado pelas campanhas de imunização, com grande oferta de vacinas, alcançando não apenas o público descrito dos calendários de vacinação que hoje abrangem todos os ciclos da vida (criança, adolescentes, adultos e idosos) – incluindo, ainda, as vacinas disponíveis para grupos com condições clínicas especiais (Mattos, 2009).

Acerca dos imunizantes especiais foram criados os Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) que possuem a finalidade de facilitar o acesso à população, em especial dos portadores de imunodeficiência congênita ou adquirida e de outras condições especiais de morbidade, ou exposição a situações de risco aos imunobiológicos especiais para a prevenção das doenças ou até mesmo que tem alto custo, que são objeto do Programa Nacional de Imunizações (PNI) (Nóbrega; Novaes; Sartori, 2016).

Conforme o gráfico 10, tem-se 86,11% afirmam conhecer o fluxo de solicitação desses imunobiológicos e 83,33% conhecem as indicações desses imunos. Essa demanda acontece nas unidades básicas e, portanto, o enfermeiro é o responsável pela solicitação do insumo, esse fluxo precisa estar alinhado, e ser de conhecimento do responsável técnico, como no gráfico podemos perceber.

Gráfico 10 - Imunizantes especiais.



Fonte: dados da pesquisa (2023).

Nem sempre um imunobiológico pode ser adotado para toda a população. Há subgrupos populacionais, entretanto, para quem alguns desses imunobiológicos representam benefícios indiscutíveis (Brasil, 2019).

Diante dos resultados apresentados, observa-se desafios para um bom funcionamento da sala de vacina, dentre eles a capacitação é a que mais foi citada, visto ser apontada como uma variável crítica quando constata-se a rotatividade dos profissionais de recursos humanos e a ausência de estímulos para aplicação efetiva da educação permanente; assim como um profissional exclusivo para a sala de vacina, sendo possível atender com mais qualidade a população e diminuindo a sobrecarga do enfermeiro da unidade, como observa-se no gráfico 11:

Gráfico 11 - Melhorias necessárias na sala de vacina.



Fonte: dados da pesquisa (2023).

A supervisão é um dos instrumentos de ajustamento entre a dinâmica das ações de saúde e metas propostas. Dadas as suas múltiplas atribuições e mudanças no contexto político e social, o conceito, a definição, os métodos e objetos da supervisão são diversificados e variáveis (Servo, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou fragilidades na supervisão de enfermagem das salas de vacina, o que pode comprometer a qualidade dos imunobiológicos disponibilizados à população, haja vista que a supervisão em enfermagem é instrumento viável para avaliação da qualidade da assistência prestada à população, e o enfermeiro tem papel fundamental nesse processo.

O enfermeiro, responsável direto pela equipe de enfermagem precisa inserir, em seu cotidiano, supervisão planejada da sala de vacina, construída de forma ascendente, podendo utilizar os instrumentos já disponibilizados no PNI e, também, ser capaz de ampliar o entendimento de que a supervisão é uma ação importante no processo educativo, que permite identificar as demandas de capacitações dos trabalhadores, a fim de desenvolver o potencial e a qualificação da equipe de enfermagem.

O estudo apontou que a maioria dos enfermeiros entende a importância da supervisão em sala de vacina como uma ferramenta gerencial, mas não a realiza de forma efetiva. Tal fator é influenciado pela falta de organização do processo de trabalho, sobrecarga de funções e inexistência de um instrumento que padronize essa atividade.

Além disso, a ausência de orientações sobre como realizar a supervisão também dificulta a atuação do enfermeiro em sala de vacina. Isso evidencia a relevância de investimentos na formação acadêmica dos profissionais e aperfeiçoamento dos enfermeiros, por meio de medidas como a educação permanente sobre a supervisão em sala de vacina, incluída como ferramenta no seu processo de trabalho.

Portanto, o desafio para o enfermeiro é repensar o seu processo de trabalho e desenvolver estratégias para realizar a supervisão em sala de vacina de maneira eficaz, a fim de garantir a qualidade do cuidado prestado.

Faz-se necessário, também, a realização de pesquisas em enfermagem para compreender o significado da supervisão das atividades de vacinação, bem como a percepção das fortalezas e debilidades para supervisionar o processo de trabalho em sala de vacina, tendo em vista que a Supervisão de enfermagem em sala de vacina imunização na atenção primária à saúde no Brasil é atividade exclusiva da enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRAGA, A. V. L. *et al.* Gestão do processo de trabalho do enfermeiro no serviço de vacinação: Nursing work process management in vaccination services. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 4, p. 13344-13359, 2022.

BRAGA, P. C. V. *et al.* Incidência de eventos adversos pós-vacinação em crianças. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 4126-4135, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 7498/ 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.html>

BRASIL. Resolução RDC nº 50, de 21 fev. 2002. **Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 20 mar. 2002.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer técnico nº 0011/2022: Responsabilidade Técnica e execução da rotina da Sala de Vacina em Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Banco de dados. Disponível em:** [<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>]. Acesso em, v. 17, 2010.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 302 de 16 de março de 2005. Baixa normas para anotação da responsabilidade técnica de enfermeiro(a), em virtude de chefia de serviço de enfermagem nos estabelecimento**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n ° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html

CENSO, I. B. G. E. **Censo 2010**. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>, v. 23, 2010.

CONCEIÇÃO de Oliveira, V. *et al.* Conservação de vacina em unidades públicas de saúde: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 9, 2013.

DA COSTA Braga, A. Conhecimento e prática dos Enfermeiros em sala de vacina. **Revista Ciência e Saúde On-line**, v. 5, n. 2, 2020.

DA SILVA ARAÚJO, S. R. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde quanto à administração de imunobiológicos em serviço de emergência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 4, p. e12463-e12463, 2023.

DE OLIVEIRA MATTOS, J. C.; BALSANELLI, A. P. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Enfermagem em foco**, v. 10, n. 4, 2019.

DE OLIVEIRA, J. F. *et al.* Avaliação do impacto da vacina oral contra rotavírus humano no Brasil. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 1, 2014.

DE OLIVEIRA, V. C. *et al.* Educação para o trabalho em sala de vacina: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, 2016.

DE QUEIROZ, S. A. *et al.* Atuação da equipe de enfermagem na sala de vacinação e suas condições de funcionamento. **Rev. Rene**, v. 10, n. 4, p. 126-135, 2009.

DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e20190223, 2019.

FERNANDES, M. C. *et al.* Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 11-15, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

MARCONI, M. A.; Lakatos, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, A. C. R. *et al.* Percepção do enfermeiro na Atenção Primária sobre as pessoas com esquizofrenia. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 8, n. 1, p. 87, 2018.

MARTINS, K. M.; DOS SANTOS, W. L.; ÁLVARES, A. D. C. M. A importância da imunização: revisão integrativa. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 2, n. 2, p. 96-101, 2019.

MATTOS, R. A. D. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 771-780, 2009.

NÓBREGA, L. A. L.; NOVAES, H. M. D.; SARTORI, A. M. C. Avaliação da implantação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

PEREIRA, M. A. D. *et al.* Gerenciamento de enfermagem em sala de vacina: desafios e potencialidades. **Rev. Enferm UFSM**, v. 9, n. 32, p. 1-18, 2019.

PEREIRA, S. M. *et al.* Vacina BCG contra tuberculose: efeito protetor e políticas de vacinação. **Revista de saúde pública**, v. 41, p. 59-66, 2007.

PIRES, R. D. C. C.; LUCENA, A. D.; DE OLIVEIRA MANTESSO, J. B. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS): uma revisão integrativa da literatura. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 107-114, 2022.

SERVO, M. L. S. Pensamento estratégico: uma possibilidade para a sistematização da supervisão em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 39-39, 2001.

SIQUEIRA, L. D. G. *et al.* Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 557-568, 2017.

TOMASI, E. *et al.* Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4395-4404, 2011.

A resiliência emocional na área de tecnologia

Jaison da Silva Sacramento

Doutorando em Administração pela ACU – Absolute Christian University, Mestre em Administração pela Must University

RESUMO

A inteligência emocional é uma habilidade a ser desenvolvida, não se trata de ser mais ou menos inteligente, não é uma questão de QI (Quociente de Inteligência), e sim uma habilidade psicológica de lidar com as adversidades mantendo-se no controle das emoções. A inteligência emocional faz parte da saúde mental. Ela está relacionada a capacidade de competir para alcançar os objetivos pessoais e profissionais, dificilmente uma pessoa que não exercite uma visão competitiva na sua vida, alcançará êxito no mundo corporativo, pois para vencer, as organizações precisam ser competitivas. Esse cenário construído pela modernidade nos leva para uma situação de desgaste emocional, sendo necessário o exercício da resiliência para ultrapassar as barreiras. A resiliência é como um combustível de primeira qualidade, ela é capaz de fornecer ao seu possuidor a capacidade de percorrer longas distâncias em velocidade de cruzeiro, como em um avião, sem perder sua estabilidade e mantendo-se no percurso que foi traçado para chegar ao destino. Um ambiente corporativo é semelhante a um campo de guerra no qual várias batalhas são travadas por seus integrantes, exigindo-se mais das pessoas que participam diariamente desse ambiente. A capacidade de ser resiliente é como a prática de atividades físicas, semelhante ao nosso corpo humano que precisa ser exercitado diariamente para o fortalecimento e proporcionar a pessoa que a exerce uma maior habilidade de lidar com situações adversas para manter-se no controle das suas emoções. Essas características são essenciais para lidar com ambientes que exigem um controle emocional do profissional, não é algo que acontece do dia para noite, é um exercício diário de alto conhecimento que deve ser praticado pela pessoa, até chegar em um nível de maturidade e estabilidade.

Palavras-chave: inteligência; emocional; habilidade; adversidade; competitiva; resiliência.

ABSTRACT

Emotional intelligence is a skill to be developed, it's not a question of being more or less intelligent, it's not a question of IQ (Intelligence Quotient), it's a psychological ability to deal with adversity while keeping control of your emotions. Emotional intelligence is part of mental health. It's related to the ability to compete in order to achieve personal and professional goals. It's unlikely that a person who doesn't exercise a competitive outlook in life will



achieve success in the corporate world, because in order to win, organizations need to be competitive. This scenario, built by modernity, leads us into a situation of emotional exhaustion, requiring the exercise of resilience to overcome barriers. Resilience is like top quality fuel, it is able to provide its possessor with the ability to travel long distances at cruising speed, like an airplane, without losing its stability and staying on the course that has been set to reach the destination. A corporate environment is similar to a war field in which various battles are fought by its members, demanding more from the people who participate in this environment on a daily basis. The ability to be resilient is like practicing physical activities, similar to our human body which needs to be exercised daily in order to strengthen it and give the person who exercises it a greater ability to deal with adverse situations in order to remain in control of their emotions. These characteristics are essential for dealing with environments that require emotional control on the part of the professional. It's not something that happens overnight, it's a daily exercise of high knowledge that must be practiced by the person until they reach a level of maturity and stability.

Keywords: intelligence; emotional; ability; adversity; competitive; resilience.

INTRODUÇÃO

O autoconhecimento é o clímax alcançado na busca diária para o controle das emoções de cada ser humano, é um nível superior da personalidade humana, a capacidade de conhecer a si mesmo, é uma característica do nosso ser interior, nossa psique. O ser humano é tentado diariamente por uma enxurrada de informações de diversos temas, que impactam todas as áreas de suas vidas, e principalmente na sua capacidade emocional.

A inteligência emocional é uma habilidade a ser desenvolvida, não se trata de ser mais ou menos inteligente, não é uma questão de QI (Quociente de Inteligência), e sim, à habilidade psicológica de lidar com adversidades mantendo-se no controle das emoções, principalmente em época de tantos desafios como, pandemia, guerras e alto custo de vida, tornando-se uma árdua tarefa para os profissionais em geral.

Ter uma vida saudável emocionalmente é um desafio a ser enfrentado pelos profissionais em qualquer área do conhecimento, mas na área da tecnologia essa situação é mais desafiadora, devido a diversos fatores como, reciclagem de conhecimentos, prazos apertados, trabalhar sob pressão, comunicação ineficiente e principalmente por causa de conviver com líderes sem nenhum preparo emocional para gestão das equipes.

Uma liderança bem estruturada deve fornecer as condições necessárias para que seus liderados possam desenvolver suas capacidades de resiliência nas diversas situações e sua inteligência emocional. Os profissionais precisam ter habilidades para conciliar as adversidades pessoais e profissionais e manter um estado emocional equilibrado.

Atualmente diversas empresas têm desenvolvido modelos de trabalho para proporcionar uma melhor qualidade de vida a seus colaboradores, através dos sistemas de trabalho em escritórios ecológico, híbridos ou remoto no local que for melhor para o colaborador, conforme é descrito por Tenório, Ferreira & Lopes (2012, p.10): “utilizando-se de cenários que se adeque a melhor hegemonia entre trabalho produtivo e qualidade de vida”.

O conhecimento é a chave para que as organizações possam desenvolver modelos e processos para auxiliar seus funcionários nessa difícil tarefa de lidar com adversidades e manter uma mente saudável. A utilização de dados proveniente do departamento de recursos humanos e saúde ocupacional, auxilia na criação de estratégias gerenciais para criar um ambiente mais estruturado, balanceando os desafios do negócio e a qualidade vida dos funcionários sem impacto na produtividade e na eficiência operacional da empresa.

Esse estudo teve como metodologia a revisão bibliográfica realizada a partir do referencial teórico abordado na disciplina e selecionado de acordo com as discussões sobre o contexto de fazer uso resiliência para alcançar inteligência emocional de forma saudável nas organizações empresariais em um cenário de alta competitividade na área de tecnologia.

DESENVOLVIMENTO

A resiliência como instrumentos de proteção emocional

Esse cenário construído pela modernidade nos leva para uma situação de desgaste emocional, sendo necessário o exercício da resiliência para ultrapassar as barreiras, conforme é descrito por Tenório, Ferreira & Lopes (2012, p.10):

Resiliência é um conceito nascido no campo da física, e se refere, neste caso, à capacidade de um objeto tensionado de recuperar seu estado normal, quando eliminado o estado de tensão. Por extensão, no campo das ciências humanas, especialmente na psicologia, indica a capacidade humana para enfrentar, superar e se aperfeiçoar através de experiências adversas.

A capacidade de ser resiliente é como a prática de atividades físicas, semelhante ao nosso corpo humano que precisa ser exercitado diariamente para o fortalecimento, assim é a resiliência, que proporciona a pessoa que a exerce, uma maior habilidade de lidar com situações adversas e manter-se no controle das suas emoções.

O problema das emoções não é elas serem forças indomadas ou vestígios de nosso passado animal, e sim terem sido projetadas para propagar cópias dos genes que as construíram em vez de promover felicidade, sabedoria ou valores morais. Muitas vezes tachamos de “emocional” um ato que é danoso ao grupo social, prejudicial à felicidade do agente no longo prazo, incontrolável e inacessível à persuasão ou um produto de autoengano. Infelizmente, essas consequências não são defeitos de funcionamento, mais precisamente o que esperaríamos de emoções bem engendradas (Pinker, 1998, p.390).

Uma pessoa educada em um lar com diversos desafios na convivência familiar e desestruturado, depara-se com seu ser interior emocionalmente abalado devido as situações presenciadas em sua fase de infância, essa, a mais importante na formação da psiquê humana, parafraseando a famosa frase de William Shakespeare “*Ser ou não ser, eis a questão*”, é o ponto principal a ser analisado no desenvolvimento emocional e na capacidade de ser resiliente as adversidades da vida. A emoção humana está conectada com aquilo que ocorre ao nosso redor, nosso envolvimento diário com pessoas, desafios, notícias e tudo que pode afetar nosso estado emocional.

Emoção não é só fugir correndo de um urso. Ela pode ser desencadeada pelo processamento de informações mais complexo de que a mente é capaz, como por exemplo quando lemos uma carta da pessoa amada terminando o relacionamento ou chegamos à casa e deparamos com uma ambulância na porta. E as emoções ajudam a engendrar intrincadas tramas de fuga, vingança, ambição e namoro (Pinker, 1998, p.392).

A alta competitividade em um mundo globalizado faz parte de nossas vidas, isso é um fato que não é possível ser alterado, não há como voltar no tempo e optar por outro caminho que não inclua a competitividade na vida profissional e no mundo corporativo. Para desenvolver um estado emocional resiliente e bem definido, é necessário desenvolver habilidades psicossociais capazes de exercitar nossas emoções para atender os objetivos e transpor os desafios da vida profissional, administrando as emoções para enfrentar os atritos existentes nas convivências em sociedade.

Que tipo de raciocínio você usa quanto entra em atritos? O seu Eu faz a oração dos sábios, pensa antes de reagir ou ataca quem o atacou? E quando alguém o decepciona? O seu Eu raciocina multifocalmente, coloca-se no lugar do outro e entende que por trás de uma pessoa agressiva há uma pessoa agredida em sua história ou dispara seu julgamento e o exclui da sua agenda social? E quando necessita mudar de rota? Você tem coragem de começar tudo de novo ou vai até as últimas consequências, mesmo que lá no fundo saiba que está errado? (Cury, 2011, p.60).

O crescimento profissional e aquisição de identidade própria em um cenário de adversidade, é um meio para criar uma inteligência emocional saudável e com uma capacidade superior de resiliência, propiciando ao seu titular habilidades cognitivas para transitar em todas as esferas da sua vida pessoal, profissional e no mundo corporativo conforme é descrito por Cury (2011, p.60):

Não basta ter uma base maior de dados, um córtex cerebral com bilhões de dados, se o Eu não desenvolveu a capacidade para acessá-los e organizá-los. É como construiu pontes para interligar os diversos sentimentos que faz parte da natureza humana.

Inteligência emocional eficiente na vida profissional

A era da informação vivenciada em nossa sociedade globalizada proporcionou uma vida social cheia de novidades, desafios e muitas mazelas na vida psicossocial dos profissionais em geral, mas, principalmente nas vidas daqueles que trabalham na área da tecnologia. Esse impacto está relacionado a questão cultural das organizações conforme é descrito por Robbins, Judge & Sobral (2010, p.410):

A cultura organizacional na qual a pessoa trabalha terá, portanto, grande influência na definição de que táticas serão consideradas apropriadas. Algumas culturas estimulam a participação e consulta; outras encorajam o uso da razão; e outras ainda lançam mão da pressão.

Por causa do dinamismo e da alta competitividade que é exigida pelo negócio.

Quanto mais uma cultura organizacional enfatizar a abordagem do tipo soma-zero para alocar suas recompensas, mais os funcionários ficarão motivados a fazer política. A abordagem de soma-zero trata o 'bolo' das recompensas como algo fixo, fazendo que qualquer ganho de um indivíduo ou grupo signifique perdas para os demais. Se eu ganho, você perde! Se 15 mil reais em aumentos salariais devem ser distribuídos entre cinco funcionários, qualquer um que receber mais de 3 mil reais estará tirando dinheiro dos outros colegas. Essa prática estimula o funcionário a tentar comprometer a imagem dos colegas e aumentar a visibilidade do que faz (Robbins, Judge & Sobral, 2010, p.418).

Esse modelo de gestão tem conduzido diversos profissionais de forma silenciosa para o abismo das doenças ocupacionais de natureza psicológicas. As diversas exigências do negócio para adequar-se ao mercado nacional ou internacional, o aumento da concorrência e mudanças na tecnologia, invadem de uma forma direta ou indireta a vida das pessoas, que acabam cometendo ações emocionais para manter o controle da situação e cumprir com uma tarefa ou compromisso que lhe foi atribuída com prazos impossíveis de ser alcançado.

A inteligência emocional interfere na capacidade de competir para alcançar os objetivos pessoais e profissionais, dificilmente uma pessoa que não exercite uma visão competitiva na sua vida, alcançará êxito no mundo corporativo, pois para vencer, as organizações precisam ser competitivas conforme descrito por Robbins, Judge & Sobral (2010, p.418):

As decisões sobre promoções têm sido consistentemente apontadas como uma das ações mais políticas nas organizações. As oportunidades de promoção ou de progresso estimulam as pessoas a competir por recursos limitados e a tentar influenciar positivamente o resultado da decisão.

Em uma sociedade globalizada, cobra-se das pessoas nas organizações em geral a capacidade de executar as mais diversas atividades de forma eficiente, mas a eficiência operacional do funcionário está ligada a diversos fatores emocionais vivenciados dentro ou fora da empresa a qual faz parte.

Quanto maior a pressão que um funcionário sente para apresentar bom desempenho, maior a probabilidade de que ele faça políticas. Ser estritamente responsabilizado por resultados gera muita pressão nas pessoas para 'ficar bem na fita'. Se alguém percebe que o futuro de sua carreira está nos resultados das vendas do trimestre seguinte ou no relatório mensal de produtividade da fábrica, essa pessoa terá motivação para fazer o que for preciso no sentido de assegurar que os números lhe sejam favoráveis (Robbins, Judge & Sobral, 2010, p.418).

O profissional eficiente deve possuir como característica essencial, a capacidade de administrar suas emoções, essa habilidade permite que ele possa lidar com diversos tipos de situação e adversidades, mantendo-se no controle das suas emoções para não afetar o resultado daquilo que lhe é cobrado na situação enfrentada, como é descrito por Robbins, Judge & Sobral (2010, p.22):

Em suma, uma das principais preocupações no estudo do comportamento organizacional é a produtividade. Precisamos descobrir quais são os fatores que influenciam a eficiência e a eficácia dos indivíduos, dos grupos e da organização como um todo.

O equilíbrio das emoções permite ao profissional a capacidade de ser mais eficiente devido a sua habilidade de resiliência e análise racional dos diversos eventos e situações que devem ser administrados na sua vida, separando as emoções de suas decisões diárias. Gerenciar emoções individuais é algo difícil, imagina o desafio que é posto diante do gestor corporativo para definir um plano de reduzir a carga de stress no ambiente de trabalho. O gerenciamento de emoções vai muito além de atividades recreativas no ambiente corporativo, é preciso ter um acompanhamento através de um time de especialista multidisciplinar com foco na saúde física e mental, para que a empresa possa criar um plano de trabalho que realmente alcance o êxito na vida de seus colaboradores.

Criando um ambiente corporativo resiliente

O crescimento de um negócio, entre os diversos que nascem a cada dia no mundo, está intrinsecamente conectado a capacidade do empreendedor perseguir os seus sonhos e objetivos para que alcance êxito no que foi proposto como sua meta. Mas para que isso ocorra, além do perfil acadêmico e técnico, esse profissional precisa possuir qualidades essenciais para empreender e para exercer a função de líder do negócio.

É preciso possuir uma força que os diferencia, como é descrito por Sandberg, Grant (2017, p.16): “A resiliência é a força e a velocidade com que reagimos à adversidade, podendo, portanto, ser condicionada. Não é uma questão de ter ou não espinha dorsal — é uma questão de reforçar os músculos que a envolvem”, essa força pode ser vista no êxito profissional e corporativos de pessoas como Steve Jobs (In Memoriam) cofundador, presidente e diretor executivo da Apple e Bill Gates fundador da Microsoft, que utilizam da resiliência para alcançar os seus objetivos.

Desenvolver resiliência depende das oportunidades que as crianças têm e dos relacionamentos que desenvolvem com os pais, cuidadores, professores e amigos. Podemos começar a ajudar as crianças a desenvolver quatro crenças centrais: (1) elas têm algum controle sobre a própria vida; (2) elas podem aprender com seus erros; (3) elas têm importância como seres humanos; (4) elas têm forças em que podem confiar e que podem compartilhar (Sandberg, Grant, 2017, p.144).

A resiliência é como um combustível de qualidade, ela é capaz de fornecer ao seu possuidor a capacidade de percorrer longas distâncias em velocidade de cruzeiro, como em um avião, sem perder sua estabilidade e mantendo-se no percurso que foi traçado para chegar ao destino. Um ambiente corporativo é semelhante a um campo de guerra, no qual várias batalhas são travadas por seus integrantes, exigindo-se mais das pessoas que participam diariamente desse ambiente em cargos de liderança.

As equipes eficazes compartilham modelos mentais exatos: conhecimentos e crenças (um ‘mapa psicológico’) sobre como o trabalho deve ser feito. Se os membros da equipe possuem os modelos errados, o que é particularmente comum em equipes sob elevado estresse, seu desempenho é afetado. Por exemplo, durante a Guerra do Iraque, muitos líderes militares norte-americanos disseram que subestimaram o poder de insurgência e as divisões internas entre as seitas religiosas iraquianas. As semelhanças dos modelos mentais dos membros da equipe também importam. Se os membros da mesma equipe possuem ideias diferentes sobre como fazer as coisas, vão brigar a esse respeito em vez de se concentrar no que precisa ser feito (Robbins, Judge & Sobral, 2010, p.311).

A inteligência emocional é testada diariamente na vida dos líderes, provando ou não, se eles possuem essa habilidade através da sua resposta comportamental ao lidar com as adversidades no local de trabalho. Esse ambiente dominado pela alta carga de stress emocional é o local onde conhecemos as pessoas como realmente elas são, algo que dificilmente vai ser descoberto através de um teste ou entrevista do departamento de recursos humanos na seleção de um candidato para uma determinada vaga.

Mas, em países mais politicamente instáveis, como Israel, os funcionários parecem demonstrar uma tolerância maior ao intenso processo político no local de trabalho, talvez porque eles estejam acostumados à guerra de poder e tenham mais experiência em participar do processo político. Isso sugere que as pessoas de países politicamente turbulentos do Oriente Médio ou da América Latina podem aceitar melhor as políticas organizacionais e até tenham propensão a utilizar certas políticas agressivas no local de trabalho, diferentemente dos trabalhadores de países como a Grã-Bretanha e a Suíça (Robbins, Judge & Sobral, 2010, p.425,426).

As características essenciais para lidar com ambientes que exigem um controle emocional do profissional, não é algo que acontece do dia para noite, é um exercício diário de alto conhecimento que deve ser praticado pela pessoa até chegar em um nível de estabilidade. O êxito na gestão das emoções pode ser alcançado por qualquer pessoa e deve ser cultivado em todas as organizações, mas para que isso ocorra é essencial que a gestão empresarial tenha como meta a reestruturação dos processos que envolve a saúde emocional de todos os funcionários.

Uma vez que as organizações existem para atingir objetivos, alguém precisa definir esses objetivos e as possíveis formas de alcançá-los. O gestor é esse alguém. A função de planejamento engloba a definição das metas da organização, o estabelecimento de uma estratégia geral para o alcance dessas metas e o desenvolvimento de um conjunto abrangente de planos para integrar e coordenar as atividades. Pesquisas indicam que essa função é a que mais aumenta na medida em que os administradores sobem na hierarquia organizacional (Robbins, Judge & Sobral, 2010, p.3).

Deve-se criar um planejamento estratégico para tratar esse tema, pois ele tem impacto direto no clima organizacional e na produtividade diária dos funcionários, independente do cargo ocupado. Essa ação deve ser feita trimestralmente baseando-se em dados coletados por pesquisas de clima, saúde, engajamento e outras que forem necessárias, sendo conduzidas pelo departamento de recursos humanos utilizando da tecnologia da informação e demais recursos computacionais da empresa.

A utilização da ciência de dados como soluções na tomada de decisão, fornece a administração das organizações a capacidade de antecipar-se a situações adversas que não fazem parte do seu planejamento. Os dados coletados e processados são informações valiosas sobre a saúde física e emocional dos colaboradores, servindo como diagnósticos para que ações para redução da carga de stress e melhoria do ambiente de trabalho sejam desenvolvidas em parceria entre empresa e funcionários. Um ambiente de trabalho equilibrado fornece a seus integrantes a capacidade de crescimento e amadurecimento na vida pessoal e profissional, preparando essas pessoas para cargos de lideranças e executivos no futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A eficiência operacional na força de trabalho de uma organização empresarial está condicionada a processos bem elaborados conforme boas práticas do mercado, é preciso desenvolver um planejamento estratégico visando a toda a estrutura empresarial. O equilíbrio para eficiência operacional dos colaboradores das organizações, é uma missão a ser desenvolvida através de diversas ações para melhoria do ambiente de trabalho que devem fazer parte de um processo maior e unificado.

É preciso fazer diversas pesquisas abordando os mais variados temas que de uma forma direta ou indireta afete a vida emocional dos funcionários, essas pesquisas precisam captar o perfil psicológico e emocional de cada pessoa que trabalha na organização, dessa forma esses dados podem ser compilados para criar um mapa de inteligência emocional do ambiente de trabalho. Utilizando-se da ciência de dados para capturar o perfil psicológico, a empresa passa a ter capacidade de prever os mais diversos cenários que podem gerar

impactos na saúde do colaborador e na estabilidade do negócio.

É preciso fazer uso de forma eficiente das tecnologias de apoio a decisão, pois são elas que dão sustentação para uma decisão tomada de forma precisa. Através dessas informações o gestor da organização em conjunto com área de saúde ocupacional, recursos humanos e demais departamento relacionado ao bem-estar das pessoas, podem definir um plano de ação para criar um ambiente rico emocionalmente, ambiente esse, que permite que o colaborador possa desenvolver-se.

Não basta criar um modelo de trabalho com foco na comodidade, pois a saúde emocional vai muito além de alguns mimos. É preciso definir papéis e responsabilidades de todos os envolvidos de forma objetiva e clara. O colaborador, maior bem da organização precisa ser tratado como ser humano, que possui pontos fortes e fracos e não como mais um número nos sistemas de folha de pagamento. Para ter êxito, precisamos enxergar as pessoas como pessoas e não como máquinas, como se fosse uma linha de produção automatizada de uma fábrica de automóveis.

REFERÊNCIAS

Tenório, R, M., Ferreira, R, A. & Lopes, U, M. (2012). **Avaliação e resiliência**: diagnosticar, negociar e melhorar (1a ed.). Salvador: EDUFBA.

Pinker, S. (1998). Como a mente funciona (2a ed.). São Paulo: **Companhia das Letras**.

Cury, A. (2011). **A fascinante construção do Eu** (1a ed.). São Paulo: Planeta.

Robbins, S., Judge, T., & Sobral, F. (2010). **Comportamento organizacional** (14a ed.). São Paulo: Pearson Education.

Sandberg, S., Grant, A. (2017). **Plano B: Como encarar adversidades, desenvolver resiliência e encontrar felicidade** (1a ed.). Rio de Janeiro: Editora Fontanar.

Segurança do paciente na assistência pré-hospitalar: aprimoramento nos últimos 10 anos (2013 a 2023)

Patient Safety in Pre-hospital Care: Improvements in the Last 10 Years (2013 to 2023)

Batuir Gonçalves Dias

Enfermeiro (UNIP/Goiânia) e especialista em Enfermagem de Emergência e Urgência (FAVENI)

Evandro Leão Ribeiro

Docente (IPTSP/UFG)

RESUMO

A segurança do paciente trata-se de temática de assistência pré-hospitalar, que visa à prevenção de danos, que possam ocorrer, durante a realização de cuidados à saúde. Assim, o presente trabalho busca como objetivo ressaltar o aprimoramento efetivando decorrer dos últimos dez anos (2013 a 2023) na segurança do paciente na assistência pré-hospitalar. Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa e quantitativa a partir de artigos advindos de bancos de dados: BIREME, CAPES, LILACS E SCIELO. Os trabalhos decorreram de assuntos sobre o tema publicados nos últimos dez anos (2013 a 2023) e num total estimado de 25 artigos selecionados. Dos quais 09 (36,0%) foram analisados. Artigos que caracterizaram na última década o processo evolutivo da segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar através da análise do gerenciamento, segurança do paciente, capacidade profissional do enfermeiro, operacionalização, informação funcional, importância da formação acadêmica e exemplificação através da segurança a paciente gestante. Demonstrou-se assim, nos últimos dez anos (2013 a 2023), o aprimoramento do mecanismo funcional de atendimento pré-hospitalar, tendo a segurança do paciente como do princípio fundamental do serviço no ambiente do hospital.

Palavras-chave: segurança; paciente; assistência; pré-hospitalar.



ABSTRACT

Patient safety is a topic of pre-hospital care, which aims to prevent damage that may occur during health care. Thus, the present work seeks to highlight the improvements made over the last ten years (2013 to 2023) in patient safety in pre-hospital care. This is a bibliographic review with a qualitative and quantitative approach based on articles from databases: BIREME, CAPES, LILACS and SCIELO. The work consisted of subjects on the topic published in the last ten years (2013 to 2023) and an estimated total of 25 articles selected. Of which 09 (36.0%) were analyzed. Articles that characterized in the last decade the evolutionary process of patient safety in pre-hospital care through the analysis of management, patient safety, professional capacity of nurses, operationalization, functional information, importance of academic training and exemplification through safety of pregnant patients. Thus, in the last ten years (2013 to 2023), the improvement of the functional mechanism of pre-hospital care has been demonstrated, with patient safety as the fundamental principle of the service in the hospital environment.

Keywords: security; patient; assistance; pre-hospital.

INTRODUÇÃO

A segurança de um paciente no decorrer da assistência pré-hospitalar constitui um procedimento problemático, atualmente, em termos de saúde pública. Uma vez que é apontada como um assunto primordial no atendimento pré-hospitalar. Realidade que ganhou relevância no decorrer dos últimos 30 anos, em decorrência de avaliações negativas em países desenvolvidos, induzindo, assim, o questionamento como esse procedimento de enfermagem ocorreria nas demais partes do mundo (Marinho; Radünz; Barbosa, 2014).

Trata-se de uma situação temática hospitalar altamente relevante, em decorrência de lidar diretamente com a qualidade de serviço prestado aos assistidos, na qualidade de enfermos. Situações que propiciaram uma vasta discussão sobre os danos ocasionados pela assistência de enfermagem no âmbito do serviço do hospital (Duarte *et al.*, 2018; Tase; Quadrado; Tronchin, 2018).

O lançamento da Aliança Mundial para a segurança do paciente, por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), no meio da primeira década do século XXI, culminou com a relevância do assunto para uma assistência adequada e digna ao paciente (WHO, 2019).

Dentro desta caracterização, a segurança do paciente compreende a prevenção de erros e eventos adversos vinculados aos cuidados de saúde. É tido, assim, como um valor primordial, portanto, central no processo de qualidade no decorrer da assistência ao paciente dentro do ambiente de saúde no qual se encontra incluso (Who, 2009). Além ser interpretado como um direito, no qual tanto pacientes com ausência de lesões acidentais ou evitáveis sintam-se assegurados em todo âmbito responsável pela assistência à saúde (Yu *et.*, 2016). Compreender, também, que os chamados eventos adversos, compreendidos como incidentes decorrentes de danos, são resultantes de quaisquer comprometimentos leves que podem induzir ao paciente a situações transtornos físico, psicológico, social,

patologia, sofrimento, incapacidade ou morte (WHO, 2009). Realidade que permite assegurar que assistência insegura é causa indutora para a ocorrência de eventos adversos. Podendo ser assim mencionada como uma das dez principais causas de óbitos. Situação convergente a outros dados que apresentam os danos ocasionados aos pacientes numa escala de décimo quarto fator propulsor de morbidade e de mortalidade em todo o mundo (Jama, 2018; WHO, 2019).

Sabe-se que, cerca de aproximadamente 400 mil mortes por ano, são decorrentes de eventos adversos considerados evitáveis e numa oscilação de dois a quatro milhões sejam induzidos por causas graves na saúde do paciente sem que o induza a morte (James, 2013; Patterson *et al.*, 2013).

Salientam-se ainda os custos sociais, como os assistenciais, uma vez que existe uma diversidade de causas indutoras a manifestação de eventos adversos no decorrer dos cuidados de saúde com os pacientes acometidos. Situação que desqualifica a assistência direta de assistência aos enfermos (Crespilho *et al.*, 2015).

Esta realidade mundial de preocupação quanto à segurança do paciente na assistência pré-hospitalar na fica restrita ao mundo globalizado. Trata-se de uma realidade, que também, adentra ao ambiente hospitalar brasileiro ao quanto à qualidade de serviço prestado ao paciente. No âmbito brasileiro tem se detectado uma crescente preocupação dos órgãos públicos nacionais. Profissionais de saúde, na qualidade de pesquisadores, de gestores, de especialistas e profissionais liberais têm se imbuídos em discutir e buscar possíveis soluções para a dinâmica do tema que envolve a Segurança do Paciente (WHO, 2019).

Em 2007, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) realizaram a oficina inicial com o tema “Segurança do Paciente: Um Desafio Global”, no intuito de desenhar uma proposta nacional de seguridade ao paciente dentro da visão empreendida pela OMS e sustentada dentro dos parâmetros da realidade brasileira na propositora de melhorar a assistência ao paciente (Brasil, 2007).

No final primeiro semestre de 2008, precisamente em 14 de maio do corrente ano, foi instituída a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Entidade criada como objetivo estratégico e técnico de articulação e cooperação dentro do campo de assistência entre as entidades de saúde e educacional de saúde no propósito de fortalecimento de uma assistência de enfermagem de qualidade e segura (REBRAENSP, 2008).

Após, praticamente cinco anos, o Brasil instituiu o PNSP (Programa Nacional de Segurança do Paciente), conforme Portaria/ANVISA nº 529, de 1º de abril de 2013, acompanhando uma tendência mundial do setor de saúde. Programa que tem objetivo qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do país, assegurando informações recicladas e atualizadas sobre a segurança do paciente (ANVISA, 2013; Brasil, 2013) e operacionalizado por Resolução (RDC 36)/ANVISA do mesmo ano, contribuindo para a garantia de promoção da segurança do paciente e qualificação nos serviços de saúde prestados em todo âmbito nacional (Lima, *et al.*, 2014). Assim, o PNSP prevê cinco tópicos: nos serviços de saúde: implantar os núcleos, planos locais de segurança do paciente e os

protocolos de cirurgia segura; prevenção de úlcera por pressão; higienização das mãos; identificação do paciente; medicação segura e prevenção de queda (os protocolos foram publicados pelo Ministério da Saúde, por meio das Portarias nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e nº 2.095, de 24 de setembro de 2013). No campo regulatório: participar ativamente do sistema de notificações de incidentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Envolver o cidadão. E no ensino: atividades de pós-graduação – educação permanente e especialização e de graduação, aumentar, desse modo, a pesquisa em segurança do paciente (Brasil, 2013).

Quanto à atuação do profissional enfermeiro na Assistência Pré-Hospitalar (APH), deve-se salientar que é recente e trata-se de uma nova conjuntura dentro das habilidades desempenhadas. Somente na metade dos anos 90, é que os enfermeiros passaram a integrar o suporte avançada de vida (SAV), necessário ao ajuste de uma assistência pré-hospitalar integrada ao paciente. Atualmente, a equipe é integrada por profissionais enfermeiros, co-integrada com atuação médica, técnico de enfermagem e condutor (Luna; Silva; Aoyama, 2022). O enfermeiro precisa desenvolver competências de atenção a urgência e emergência, imediato resolução de decisões, capacidade de liderança, comunicação administração e gerenciamento, e educação permanente. De acordo com a lei do exercício profissional n.º 7.498/86, de junho de 1986, no Art. 11 é papel do enfermeiro exercer todas as atividades de enfermagem, com atuação exclusiva nos cuidados de enfermagem em pacientes graves que tem risco de vida e em cuidados de alta complexidade que exigem técnica e conhecimentos de base científica tomando decisões imediatas. Desde modo, os profissionais de enfermagem atuam como peças-chave em diversos contextos do trabalho de assistência pré-hospitalar (Brasil, 2013).

Diante do exposto, é notória a necessidade constante de reciclagem do conhecimento a respeito da segurança do paciente na assistência pré-hospitalar, ressaltando o papel do profissional enfermeiro. Assim, o presente trabalho teve por objetivo ressaltar o aprimoramento efetivando decorrer dos últimos dez anos (2013 a 2023) na segurança do paciente na assistência pré-hospitalar.

METODOLOGIA

Este trabalho decorreu de uma revisão bibliográfica sobre o atendimento pré-hospitalar tendo como tema central a segurança do paciente. Abordagens qualitativa e quantitativa foram feitas a partir de artigos advindos de bancos de dados: BIREME, CAPES, LILACS E SCIELO. Foram pesquisados livros, manuais e artigos científicos nacionais e de relevância ligados ao tema deste estudo. Os descritores empregados na busca de artigos foram: assistência pré-hospitalar, atendimento, segurança do paciente, relação hospitalar paciente e pré-hospitalar. Os trabalhos decorreram de assuntos sobre o tema publicados nos últimos dez anos e num total estimados de 25 artigos selecionados.

RESULTADOS

De acordo com a temática abordada (segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar) e os critérios de inclusão (gerenciamento, segurança do paciente, capacidade

profissional, operacionalização, informação, formação acadêmica e exemplificação) identificou-se 25 artigos e após a leitura selecionou-se 09 (36,0%) para a discussão deste estudo, onde se utilizou apenas os trabalhos científicos que retratassem diretamente o tema proposto no trabalho e o critério de inclusão dentro do período dos 10 últimos anos. A figura a seguir apresenta os artigos de acordo com suas temáticas.

Quadro 1 – Segurança do paciente na assistência pré-hospitalar.

Títulos dos Artigos	Autores/Ano	DeCs	Objetivos	Achados Científicos
Indicadores de avaliação dos serviços de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência: Revisão integrativa	Magalhães; Piran; Ludwig; Aroni; Haddad 2023	Serviços Médicos de Emergência; Assistência Pré-Hospitalar; Desvio de Ambulância; Indicadores de Gestão; Indicadores Básicos de Saúde	Analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre indicadores que subsidiam a avaliação dos serviços de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência	Contribuição no campo prático do atendimento pré-hospitalar com a finalidade de proporcionar uma reflexão entre os gestores e profissionais de saúde.
Cultura de segurança do paciente no serviço médico de urgência: estudo transversal	João; Dias; Oliveira; Laus; Bernarde; Gabriel 2023	Segurança do Paciente; Equipe de Assistência ao Paciente; Serviços Médicos de Emergência; Assistência Pré-Hospitalar; Estudos Transversais.	Analisar o clima de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional que atua no atendimento pré-hospitalar móvel.	Apresentação das peculiaridades deste tipo de serviço de saúde e a necessidade de sensibilizar os profissionais e os gestores acerca da temática segurança do paciente, com vistas à melhor compreensão do atual cenário e possibilidades de redução de eventos adversos e melhoria da assistência à saúde
O enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: habilidades, desafios e estratégias para visibilidade	Minuzzi; Pereira 2022	Assistência Pré-Hospitalar; enfermagem; emergências.	Garantir que esse procedimento seja realizado de forma segura e eficaz, minimizando o risco de complicações para o paciente.	Evidenciação da contribuição para o desenvolvimento de ações que possibilitem minimizar as dificuldades encontradas pelos profissionais que atuam na área de assistência pré-hospitalar à saúde do paciente
Atendimento a pacientes em situação de urgência: do serviço pré-hospitalar móvel ao serviço hospitalar de emergência	Cunha; Erdmann; Santos; Menegon; Nascimento 2019	Cuidados de Enfermagem; Enfermagem em Emergência; Gestão em Saúde; Serviços Médicos de Emergência	Compreender o atendimento do paciente em situação de urgência desde o serviço pré-hospitalar móvel ao serviço hospitalar de emergência	Caracterização da importância da articulação entre os serviços que prestam atendimento aos pacientes, em situações de urgência
Proposta de passos para a segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel	Castro; Tourinho; Martins; Medeiros; Ilha; Santos 2018	Segurança do paciente. Qualidade da assistência à saúde. Gestão de riscos. Assistência pré-hospitalar. Serviços médicos de urgência. Fotografia.	Propor passos para a segurança do paciente a partir da análise dos riscos no atendimento pré-hospitalar móvel sob a ótica dos enfermeiros	Múltiplas categorias profissionais e em características multicêntricas a fim de estabelecer ações que satisfaçam os níveis de qualidade na segurança do paciente para o atendimento pré-hospitalar

Títulos dos Artigos	Autores/Ano	DeCs	Objetivos	Achados Científicos
Produção científica de enfermagem acerca de atendimento pré-hospitalar e primeiros socorros: estudo de tendências	Ilha(a); Nietzsche; Cogo; Ilha(b); Ramos; Antunes 2022	Ensino; Ensino de enfermagem; Enfermagem; Atendimento pré-hospitalar; Primeiros socorros.	Analisar a tendência das produções científicas brasileiras de enfermagem acerca de Assistência Pré-Hospitalar e Ponto Socorro	Permissão ao conhecimento e caracterização da tendência da produção pós-graduação, acerca da temática de assistência pré-hospitalar e ponto socorro, enfocando dentre os assuntos: a segurança do paciente
Eventos adversos e segurança do paciente no atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar	Silva(a); (b); (c); Freitas; Barbosa; Silva(d); Albuquerque; Oliveira; Nascimento; Silva(e) 2020	Segurança do paciente, Enfermagem em emergência, Eventos adversos.	Analisar a publicação científica em relação aos eventos advindos e como contribuir para serviços de urgência e emergência pré-hospitalar	Contínua capacitação dos profissionais, através de treinamentos em serviços de educação em saúde, apresenta-se como uma estratégia para promover a segurança do paciente nos serviços de urgência e emergência.
Segurança do paciente na assistência pré-hospitalar de emergência: uma revisão integrativa	Crespilho; Araújo; Costa; Sousa 2015	Atendimento pré-hospitalar; Enfermagem em Emergência; Segurança do paciente.	Analisar as publicações científicas acerca da segurança do paciente durante o assistência pré-hospitalar	Na busca pela segurança do paciente no contexto do assistência pré-hospitalar, percebe-se que utilização de formas educativas como estratégia para a prevenção de eventos adversos no atendimento se mostra eficiente na oferta de um cuidado de qualidade.
Cotidiano do enfermeiro nas emergências obstétricas no atendimento pré-hospitalar móvel	Silva; Paula; Ribeiro; Santos; Amaral; Lima; Leal 2022	Enfermeiros obstétricos, Gestantes; Obstetrícia	Identificar as dificuldades do enfermeiro nas emergências obstétricas no assistência pré-hospitalar materna (APHM) e apresentar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro nas emergências obstétricas no APMH	A comunicação entre o enfermeiro e a gestante é primordial para uma assistência pré-hospitalar de qualidade e seguir um processo de aprimoramento constante

DISCUSSÃO

Dentre dos nove trabalhos escolhidos e que alberguem as diversificadas funções em torno da segurança, a qual, o paciente deve estar submetido junto à assistência pré-hospitalar neste estudo. Cabe ressaltar o desempenho reflexivo entre os gestores e os profissionais de saúde (Magalhães *et al.*, 2023), o avivamento da segurança quanto suas peculiaridades inerentes ao serviço prestado e maior abrangência de compreensão para a redução dos eventos adversos (João *et al.*, 2023), melhoria da capacidade da profissional Minuzzi, Pereira; 2022), operacionalização articulada entre os serviços prestados aos pacientes, disponibilidade e valorização das equipes multiprofissionais (Cunha *et al.*, 2019), educação continuada, formação educativa no exercício profissional e de pós-graduação na área de segurança do paciente (Ilha *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2000; Castro *et al.*, 2018; Crespilho *et al.*, 2015). E, por último, exemplificação da atividade de assistência pré-hospitalar junto a pacientes gestantes (Silva *et al.*, 2022). Cada fragmento demonstrado da atividade de atendimento pré-hospitalar atuando em sincronia interligada para a boa funcionalidade da segurança ao paciente.

Verificou-se que a avaliação dos serviços de saúde é considerada básica para uma assistência pré-hospitalar. Uma vez que seus resultados incidem diretamente na qualidade de serviço prestado aos pacientes. Aspecto que se mostra relevante à interação administrativa entre os gestores e os profissionais de saúde e a quem sofre as consequências, como receptores de ações, que no caso do atendimento pré-hospitalar é a clientela. Magalhães *et al.* (2023), focam esta preocupação quando descrevem os indicadores de avaliação dos serviços de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência. Indicadores que são dinâmicos, decorrentes de opinião do paciente e que compreendem: tipo de atendimento dado pela equipe de atendimento, relacionamento interpessoal, habilidade técnica, disponibilidade de materiais e tempo de atendimento entre outros.

Interesse pela segurança do paciente tem sido também demonstrado nas última duas décadas pelos pesquisadores e sistemas de saúde. Este propósito tem advindo do objetivo de melhorar a assistência prestada no que abrange comportamento, cultura, estrutura, processos e procedimentos, visando diminuir a probabilidade de riscos, danos evitáveis e erros quando ocorrem. Portanto, a evolução constatada na segurança do paciente decorre de relatórios e sistemas de aprendizagem. Os quais têm gerado uma cultura de segurança positiva baseada na aprendizagem, liderança compromissada, políticas e ações práticas (João *et al.*, 2023).

Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de gerenciamento e execução das atividades ligadas ao atendimento pré-hospitalar. Incumbência que exige que o profissional esteja preparado para trabalhar desde situações inesperadas até a manutenção da segurança da equipe em ação. Elenco de situações que requer o desenvolvimento de olhar crítico que tenha como cerne de execução a capacidade de escolher dentro do grupo de ações possíveis, as que beneficiem o paciente com vista à integralidade de sua vida. Assim, fica assinalado o papel crucial de liderança do enfermeiro e a relevância de atuação ao longo dos últimos dez anos em decorrência evolução da ciência no tocante assistência pré-hospitalar e os procedimentos intra-hospitalares que induzam o restabelecimento da saúde do paciente assistido. Minuzzi e Pereira (2022), portanto, subentendem a necessidade que as faculdades e as escolas de enfermagem detenham uma formação sólida aos futuros profissionais tanto a nível de graduação, como nos diversos níveis da pós-graduação.

A operacionalização do atendimento pré-hospitalar, quer em ambos os casos de urgência e emergência, é dever do Estado. Uma vez que assegurado por direito constitucional, o acesso a toda a população à saúde. As áreas de urgência e emergência têm passado constantemente por adequações até que cheguem a um nível de atendimento pré-hospitalar ideal. Realidade que é peculiar a cada comunidade envolvida. Uma vez que necessitam de atenção especial, em decorrência da crescente demanda por atendimentos em consequência do aumento do número de acidentes, da violência urbana e da insuficiente estruturação da rede. Situações que acarretam muitas vezes superlotação e sobrecarga de trabalho nesse setor de atendimento hospitalar. Fatos, que conduzem a particularidades, que favorecem altos índices de rotatividade de pessoal e insatisfação no trabalho. Além de trazer como consequência agravante o impacto da negatividade quanto à qualidade do cuidado prestado ao paciente, comprometendo a seguridade do trabalho pré-hospitalar realizado (Cunha *et al.*, 2019).

A conscientização educacional contínua das equipes multiprofissionais e a criação de programas de pós-graduação por faculdades, que lidam com a assistência pré-hospitalar, sobressaindo à segurança do paciente, são outros aspectos que aprimoraram no decorrer da funcionalidade do sistema de atendimento. Hoje, as unidades de saúde lidam com uma dinâmica educacional contínua e de reciclagem de conhecimentos diários. Uma vez que se trata de um trabalho que requer uma atualização dos conhecimentos profissionais imediatos para uma assistência adequada e que acompanhe o processo evolutivo do conhecimento científico e traga consigo um atendimento ao paciente que assegure constantemente segurança e tranquilidade nos procedimentos hospitalares realizados. No outro campo educacional acadêmico, assiste-se a criação de programas de pós-graduação, dentro da visão de estimular a pesquisa científica na área e procure responder de maneira mais rápida possível e eficientes soluções que resolvam os problemas que circundam constantemente o campo de atendimento pré-hospitalar (Ilha *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2000; Castro *et al.*, 2018; Crespiho *et al.*, 2015).

Por fim, o atendimento à gestante pode ser apontado como um exemplo de assistência pré-hospitalar que vem diariamente se aperfeiçoando no decorrer dos últimos dez anos de execução. Os profissionais enfermeiros precisam estar constantemente preparados e capacitados para as situações de urgência e emergência. Quadros clínicos que exigem tomadas de decisão, prontidão e destreza. São momentos que envolvem grande estresse e insegurança. O chamado melhor atendimento para a mãe reverte-se em melhor atendimento para feto. O enfermeiro participa da previsão de necessidade da paciente, definindo prioridades e iniciando intervenções que julgue necessárias. Num campo analítico mais amplo da situação, pode se verificar que a demanda da população pela assistência pré-hospitalar obstétrica está cada vez maior. Realidade que impõe para funcionamento adequado a presença de profissionais que possuam uma boa formação acadêmica e sejam devidamente capacitados, demonstrando a relevância profissional e evolução de uma assistência pré-hospitalar de qualidade (Silva *et al.*, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da última década de atuação da assistência pré-hospitalar, no que diz respeito à segurança do paciente, ficou comprovado a aprimoramento constantemente ocorrido. Situação que ficou percebida através do mecanismo funcional de atendimento ao paciente antes do adentramento ao ambiente hospitalar. Uma vez que há uma preocupação da gestão pública e da equipe multiprofissional envolvida prestar uma assistência que assegure uma satisfação ao cliente e segurança quanto à preservação da vida. Para isto se faz necessário uma conscientização crítica contínua do serviço prestado, interlocução entre os profissionais envolvidos, orientação precisa quanto à funcionalidade, formação acadêmica sólida e constantemente aperfeiçoada e valorização profissional, destacando a figura do profissional enfermeiro. No entanto, mantendo sempre constante a consciência que a prioridade da assistência pré-hospitalar recai na manutenção da integridade da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. Agência nacional de vigilância sanitária. **Norma da Anvisa regulamenta a segurança do paciente**. Brasília, DF, 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 02 abr. 2013. Seção 1, p. 43
- Castro, G .L. T; Tourinho, F. S. V; Martins MFSV, Medeiros KS, Ilha P, Santos VEP. **Proposta de passos para a segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel**. Texto Contexto Enferm, 2018; 27(3): p. 1- 9.
- CRESPILHO *et al.* **Segurança do paciente na assistência Pré-Hospitalar de Emergência: Uma Revisão Integrativa**. Uningá Review. vol. 24, n.1, pp.45-49 (Out - Dez 2015).
- CUNHA VP, ERDMANN AL, SANTOS JLG, MENEGON FHA, NASCIMENTO KC. **Atendimento a pacientes em situação de urgência: do serviço pré-hospitalar móvel ao serviço hospitalar de emergência**. Enfermería Actual de Costa Rica n.37 San José Jul./Dec. p. 1- 9. 2019
- DUARTE *et al.* **Patient safety: understanding human error in intensive nursing care**. Rev Esc Enferm USP. 2018;52: e 03406
- JAMA. Crossing the Global Health Care Quality Chasm: **A Key Component of Universal Health Coverage**. American Medical Association, 2018.
- JAMES JT. **A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care**. J Patient Saf. 2013; 9(3):122-8.
- João VM, Dias, B M, Oliveira, MP, Laus AM, Bernardes A, Gabriel CS. **Cultura de Segurança do Paciente no Serviço Médico de Urgência: estudo transversal**. Revista Cuidarte. 2023;14(1):e2531
- ILHA AG, NIESTCHE GA, COGO SB, ILHA S; RAMOS TK, ANTUNES AP. **Produção científica de enfermagem acerca de atendimento pré-hospitalar e primeiros socorros: estudo de tendências**. Research, Society and Development, v. 11, n. 2, p. 1- 11, 2022
- MAGALHÃES LG, PIRAN CMG, LUDWIG EFSB, ARONI P, HADDAD MCFL. **Indicadores de avaliação dos serviços de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência: Revisão integrativa**. Saúde Coletiva 2023; (13) N.85 • 12565-9
- MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA. **Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2014 Jul-Set; 23(3): 581-90
- MINUZZI DOM, PEREIRA MS. **O enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: habilidades, desafios e estratégias para visibilidade**. Revista de Saúde Faculdade Dom Alberto. v. 10, n.2. p. 21-42. 2022.

PATTERSON P. D. *et al.* **Variation in emergency medical services workplace safety culture.** Prehosp Emerg Care. 2010;14(4): 448-60

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Segurança do Paciente.** São Paulo, 2008.

SILVA ACD, PAULA E, RIBEIRO WA, SANTOS LCA, AMARAL FS, LIMA DA, LEAL MOMO. **Cotidiano do enfermeiro nas emergências obstétricas no atendimento pré-hospitalar móvel.** e-Acadêmica, v. 3, n. 2, p. 1-13, 2022

Silva WM, Silva ME, Silva WBS, Freitas SS, Barbosa DAM, Silva WS, Albuquerque JLS, Oliveira MD, Nascimento MSF 3, Silva GCS. **Eventos adversos e segurança do paciente no atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar.** REAS/EJCH. Vol.12(9) p. 1- 8 .2020.

TASE; QUADRADO; TRONCHIN. **Evaluation of the risk of misidentification of women in a public maternity hospital.** Rev Bras Enferm. 2018;71(1):120-5

YU A. *et al.* "Patient safety 2030". **NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre.** London, UK, 2016.

WHO. World health organization. **Patient Safety.** 13 September 2019.<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.

WHO. World health organization. **The international classification for patientsafety (ICPS):** Taxonomy - more than words. Geneva. 2009.

A telessaúde rumo à universalização do acesso à saúde

Carlos Henrique Barbosa Rozeira

Psicólogo, Mestrando em Ensino pela Universidade Federal Fluminense (UFF)

Marcos Fernandes da Silva

Enfermeiro, Graduando em Medicina pela Faculdade Metropolitana de São Carlos (FAMESC)

Barbara Cristina Antunes da Costa

Graduanda em enfermagem pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR)

Beatriz Cavalcanti Trindade Marins

Enfermeira

Damiana Pereira da Silva Neves

Enfermeira, Graduanda em Medicina pela Universidade Iguazu (UNIG)

Débora Vilas Calheiros Marques

Advogada, Graduanda em Medicina pela Faculdade Metropolitana de São Carlos (FAMESC)

Graziella Viana da Silva

Graduanda em Medicina pela Faculdade Metropolitana de São Carlos (FAMESC)

Isabela Bezz dos Santos Gentil

Graduanda em Medicina pela Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy

Lilian Almerinda Moraes Brandão

Enfermeira, Graduanda de Biomedicina

Shirlei de Oliveira Soares Araújo

Graduanda em Medicina pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO-AFYA)

RESUMO

Este estudo aborda a telessaúde, um sistema de prestação de serviços de saúde a distância, efetivados com o auxílio das tecnologias da informação e de comunicação (TICs). O objetivo geral desta pesquisa é explorar e compreender o papel da telessaúde no contexto brasileiro, delineando seu impacto na universalização do acesso à saúde. O estudo traça a evolução de sua histórica, desde a telemedicina até a saúde, evidenciando a constante inovação na utilização da telemática para aprimorar serviços de saúde. A integração da telessaúde com ações de prevenção e sua relevância em contextos de desastres e pandemias são enfatizadas, assim como as atualizações nas definições oficiais e a crescente aplicação no Brasil. A pesquisa também discute os benefícios, desafios éticos associados e propõe considerações para o futuro, destacando a necessidade de práticas éticas, formação adequada de profissionais e o potencial transformador da telessaúde no cenário da assistência médica. A abordagem metodológica é exploratória, qualitativa e teórica, baseada na revisão de literatura relevante entre 2000 e 2024. A amplitude da telessaúde, especialmente no contexto do atendimento médico, proporciona um direcionamento mais eficaz para cada demanda. A utilização de ferramentas tecnológicas



permite a colocação do paciente adequado no lugar apropriado, prevenindo desperdícios, otimizando a distribuição de recursos, ampliando o acesso à saúde e aprimorando resultados. Ao considerar todas essas possibilidades, podemos antecipar a implementação de ações de saúde ainda mais efetivas. Nesse cenário, as práticas médicas, psicológicas, nutricionais, odontológicas e outras profissões da área da saúde se tornarão personalizadas, participativas e preventivas. Os pacientes desempenharão um papel ativo no processo de decisão, enquanto os profissionais se concentrarão mais na promoção da saúde do que no tratamento da doença. A disponibilidade de atendimento será flexível, ocorrendo em qualquer hora e local conforme a necessidade do paciente. Essa é a missão da telessaúde.

Palavras-chave: telessaúde; E-Saúde; telemedicina; saúde preventiva, universalização do acesso à saúde.

INTRODUÇÃO

Imagine um cenário em que as fronteiras geográficas se dissolvem, e a conexão digital se torna a ponte entre profissionais de saúde e pacientes, independentemente de distâncias. Na sala de espera do futuro, não há filas intermináveis, apenas uma tela que une cuidadores e necessitados. É um local onde consultas transcendem consultórios físicos, alcançando os confins remotos do planeta. A telessaúde não é apenas uma evolução; é uma revolução na maneira como entendemos e experimentamos as ações de promoção da saúde.

Nesse novo horizonte, os especialistas não estão limitados por fronteiras geográficas, e a busca por cuidados não é mais obstaculizada por quilômetros. A telessaúde não apenas quebra barreiras físicas, mas também desafia as limitações temporais, permitindo consultas rápidas e eficazes quando o tempo é crucial.

Visualize o potencial transformador da telessaúde na prevenção e promoção da saúde, transcendendo a abordagem reativa às doenças para antecipar e proteger.

Este não é apenas um avanço técnico; é uma mudança de paradigma, uma reviravolta na narrativa da saúde. A telessaúde não apenas trata sintomas; ela abraça a essência da medicina, da psicologia, da odontologia, da fonoaudiologia, da nutrição, da enfermagem e outras ciências, colocando o paciente no centro de uma jornada cuidadosa e personalizada.

Conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de telessaúde abrange a:

Prestação de serviços de saúde serviços de cuidados de saúde, onde pacientes e prestadores estão separados pela distância. Telessaúde usa tecnologia de comunicação de informação para a troca de informações para o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões, pesquisa e avaliação, e para a educação continuada dos profissionais de saúde (OMS, 2022).

Profissionais de saúde utilizam tecnologias de informação e comunicação (TICs) para a troca de dados que apoiam diagnósticos, tratamentos e medidas preventivas relacionadas a doenças. Além disso, a telessaúde se vale dessas tecnologias para conduzir

pesquisas, avaliações e proporcionar educação contínua a prestadores e profissionais de saúde, visando aprimorar a saúde tanto em nível individual quanto comunitário. Este enfoque integral destaca a capacidade da telessaúde não apenas na prestação de cuidados remotos, mas também como uma ferramenta abrangente para impulsionar a qualidade e o alcance dos serviços de saúde (Novoa; Pisa, 2022).

O objetivo principal desta pesquisa é investigar e compreender o papel da telessaúde no contexto brasileiro, delineando seu impacto na universalização do acesso à saúde. O estudo abrange a evolução histórica da telessaúde, desde a transcendendo, destacando a contínua inovação na aplicação da telemática para aprimorar os serviços de saúde.

Adicionalmente, a pesquisa enfatiza a diferenciação entre telemedicina e telessaúde, ressaltando a amplitude desta última, que engloba não apenas a prática clínica remota, mas também serviços preventivos, educativos e de gestão de informações de saúde. A integração da telessaúde com ações de prevenção e sua relevância em contextos de desastres e pandemias são sublinhadas, assim como as atualizações nas definições oficiais e a crescente aplicação da telemedicina no Brasil.

O estudo também aborda os benefícios da telemedicina, os desafios éticos associados e propõe considerações para o futuro, destacando a necessidade de práticas éticas, formação adequada de profissionais e o potencial transformador no cenário da assistência médica.

Esta pesquisa é motivada pela necessidade premente de compreender o panorama atual da telessaúde no Brasil, reconhecendo seu potencial transformador e os desafios que ainda obstaculizam sua plena implementação. Ao acrescentar um foco na saúde preventiva, particularmente em um contexto pós-pandêmico, pretendemos investigar como pode ser uma ferramenta estratégica na promoção de cuidados, englobando desde monitoramento remoto até programas de conscientização, contribuindo assim para um sistema mais resiliente e orientado para a prevenção de doenças.

METODOLOGIA

A metodologia para a temática da telessaúde no Brasil foi concebida considerando a necessidade de uma abordagem sistemática para investigar o panorama atual e futuro dessa inovação na área da saúde. Optou-se por uma pesquisa exploratória, utilizando a revisão de literatura como método principal, com o objetivo de analisar obras em livros, periódicos especializados, produções acadêmicas, bases de dados e publicações científicas que tratam da telessaúde no contexto brasileiro.

Os critérios de inclusão foram definidos com base na relevância e atualidade, abrangendo informações no período de 2000 a 2024. A pesquisa priorizou materiais redigidos em Português, utilizando palavras-chave específicas como “telessaúde”, “telemedicina”, “acesso à saúde”, “inovação em saúde” e “universalização”, garantindo a amplitude e precisão na seleção de conteúdos.

Seguindo a classificação proposta por Paiva (2019), a natureza da pesquisa pode ser categorizada como básica e teórica, pois busca contribuir para a compreensão do

cenário atual da telessaúde no Brasil e suas perspectivas futuras. A abordagem adotada é qualitativa, fundamentada em conceitos e informações da literatura científica relacionada à telessaúde, com ênfase na universalização do acesso à saúde.

A revisão de literatura seguiu os princípios preconizados por Mancini e Sampaio (2007), caracterizando-se pela análise e síntese criteriosa das informações provenientes de estudos relevantes publicados sobre o tema em destaque.

À medida que o desenvolvimento da pesquisa exigia informações adicionais para enriquecer o estudo, foram conduzidas pesquisas pontuais por meio do mecanismo de busca do Google. Essa abordagem reflete um método científico-epistemológico, conforme enfatizado por Rozeira *et al.* (2023, p. 02). Dentro da intrincada trama desse método, os autores destacam que “encontramos a beleza na imprevisibilidade, a sabedoria na complexidade e a verdade na dança da descoberta. Cada fio, cada nó, cada padrão, representa uma expressão singular na incessante busca pelo entendimento”. Essa exploração adicional buscou capturar nuances e perspectivas que contribuíssem de maneira significativa para a construção do conhecimento sobre a temática abordada.

Assim, após as pesquisas realizadas no Google, foi iniciada uma busca nos websites dos conselhos de classe das 14 profissões de saúde reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde. O ponto de partida foi a Resolução nº 287/1998, que reconhece profissões como serviço social, biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia e terapia ocupacional (Brasil, 1998). A análise se restringiu à regulamentação vigente, com dados extraídos e analisados qualitativamente.

Os resultados revelaram que apenas cinco profissões - enfermagem, fonoaudiologia, medicina, odontologia e psicologia - possuem regulamentações específicas para a telessaúde. A psicologia é a mais recente a abordar esse tema, conforme a Resolução nº 11/2018. A assistência ao paciente a distância está prevista nas resoluções dos conselhos de Odontologia (nº 92/2019), Medicina (nº 1.643/2002), Fonoaudiologia (nº 427/2013), Enfermagem (nº 696/2022) e Psicologia (nº 11/2018).

Há uma notável similaridade entre as regulamentações de Medicina e Odontologia, indicando uma convergência de normas nesses domínios. A consulta direta ao paciente, sem a presença de outro profissional no local, é permitida em Psicologia, de forma plena, enquanto na Fonoaudiologia, essa permissão é concedida apenas para fornecimento de orientação e esclarecimento de dúvidas. Por outro lado, na Medicina, Fonoaudiologia e Odontologia, é permitido prestar assistência à distância para outro profissional que atende o paciente (teleconsultoria).

Evidencia-se que a regulamentação da telessaúde é determinante para a ampliação e desenvolvimento dessas práticas, garantindo segurança tanto para os profissionais quanto para os pacientes. A exigência de elaboração e atualização constante de resoluções específicas para as demais profissões de saúde se destaca como um desafio a ser superado, visando proporcionar uma assistência à saúde mais ampla, eficiente e adaptada às demandas contemporâneas.

TELESSAÚDE: EVOLUÇÃO E CONCEITUAÇÃO NA ERA DIGITAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a disponibilidade de saúde de alta qualidade para todos como uma das grandes transformações a ocorrer no século XXI. Nesse contexto, recomenda a utilização da telemática como um instrumento político e estratégico de planejamento em saúde. A telemática, definida como a disciplina que estuda a manipulação e utilização da informação por meio do uso combinado de computadores, seus acessórios e meios de comunicação, abrange qualquer meio de comunicação à distância. No domínio da saúde, ela pode ser empregada para fornecer informações, sendo inicialmente denominada telemedicina, evoluindo para telessaúde e, atualmente, E-Saúde. Essa progressão reflete a constante adaptação e inovação na utilização da telemática para melhorar os serviços de saúde e promover o acesso à assistência médica de qualidade (Rezende *et al.*, 2010).

Na era digital, a revolução tecnológica tem desempenhado um papel transformador no setor da saúde, dando origem a conceitos distintos, mas frequentemente entrelaçados: telemedicina e telessaúde. Embora muitas vezes utilizados como sinônimos, esses termos abrangem nuances significativas. A telemedicina, por um lado, concentra-se na prática clínica remota, utilizando avanços tecnológicos para proporcionar consultas médicas, diagnósticos e tratamentos à distância. Já a telessaúde, de maneira mais ampla, transcende as fronteiras clínicas, incorporando não apenas a telemedicina, mas também serviços que visam à prevenção, à promoção da saúde, à educação e à gestão de informações de diversas áreas, aquém da medicina (Rozeira; Silva, 2024).

É importante ressaltar que a integração da telessaúde com ações de prevenção não apenas otimiza o gerenciamento de condições de saúde existentes, mas também fomenta uma mudança de paradigma na abordagem preventiva. Muitas vezes, a prática da medicina preventiva, por exemplo, era limitada a consultas presenciais esporádicas, agora se beneficia da continuidade do cuidado proporcionada pela telessaúde. Monitoramento regular, intervenções proativas e uma abordagem personalizada se tornam viáveis, criando uma linha de defesa robusta contra potenciais ameaças à saúde (Rozeira; Silva, 2024).

Conforme Pagliari *et al.* (citado por Rezende *et al.*, 2010), uma definição prevalece após uma análise extensiva do tema no contexto da E-Saúde (e-Health). Segundo esses autores, a E-Saúde envolve a utilização de informações emergentes e tecnologias de comunicação, como a Internet, com o objetivo de aprimorar ou viabilizar a saúde e a prestação de cuidados. Além disso, abrange um novo domínio, a informática médica, que diz respeito à organização e oferta de serviços de saúde e informações através da Internet e tecnologias correlatas. Isso não se limita a um avanço técnico, mas representa também uma nova postura, uma abordagem inovadora de trabalho e uma dedicação a uma visão conectada para melhorar a saúde em escala local e global. Embora o termo mais comumente utilizado atualmente seja E-Saúde, optaremos, em concordância com a maioria dos autores citados, por manter o termo telessaúde (Rezende *et al.*, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), através de ato normativo, instigou todos os países-membros a adotarem a telessaúde como estratégia. Em consonância com essa recomendação, o Brasil implementou, em 2007, o Programa Telessaúde Brasil, voltado para aprimorar a atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2018, o Conselho Federal de Medicina (CFM) concedeu autorização para a teleconsulta, mas, no ano seguinte, revogou a resolução que a respaldava. Contudo, em resposta à pandemia de covid-19, em abril de 2020, a Presidência da República autorizou o emprego da telemedicina no âmbito suplementar (Rozeira; Silva, 2024).

Na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.314, datada de 20 de abril de 2022, e na Portaria GM/MS 1.348, de 2 de junho de 2022, foi introduzida uma relevante atualização na definição de telessaúde. Conforme os documentos, a telessaúde é agora caracterizada como o exercício da saúde mediado por tecnologias digitais, de informação e de comunicação (TDICs), destinado a propósitos diversos, incluindo assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde. Enquanto o termo «telemedicina» permanece específico para a prática médica, referindo-se a atos e procedimentos sob responsabilidade de médicos, a telessaúde abrange todos os profissionais da saúde. Além disso, as definições específicas como «teleodontologia» e «telefonoaudiologia» exemplificam a aplicação da telessaúde em diversas áreas de saúde. Vale ressaltar o avanço da telenfermagem no Brasil, especialmente após a resolução COFEN nº 696/2022, que autoriza e normatiza a teleconsulta de enfermagem. Essas atualizações refletem a expansão e diversificação contínuas do campo da telessaúde no contexto da prática clínica e na promoção de serviços de saúde acessíveis e eficientes (Novoa; Pisa, 2022).

De acordo com Sabbatini (2012) e Wen (2008), a prática da telemedicina (atendimento médico através do processo da telessaúde), embora relativamente nova no Brasil, tem raízes que remontam à década de 1960, quando o termo foi cunhado e sua aplicação começou a evoluir devido ao surgimento de novas tecnologias e demandas na área da saúde. Nesse período, teve seu embrião durante os primeiros voos espaciais tripulados, nos quais a telemetria de rádio foi utilizada para monitorar os sinais vitais de astronautas em órbita ou em viagem à lua. Somente na década de 1990, com a chegada de linhas de transmissão de dados de amplo alcance, a telemedicina experimentou um significativo avanço, marcando o início de sua expansão e da utilização comercial das diversas tecnologias desenvolvidas (*apud* Lisboa *et al.*, 2023).

A partir de 1989, o Brasil viu o surgimento de importantes iniciativas governamentais na área da telemedicina, incluindo a criação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI). Esse esforço visava estabelecer uma infraestrutura de rede nacional de cunho acadêmico. O Ministério da Saúde, em 2003, empenhou-se na elaboração da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), culminando em propostas para negociação tripartite e planos de ação em 2004 (Maldonado *et al.*, 2016; Lisboa *et al.*, 2023).

Com o passar dos anos, a telemedicina experimentou a evolução e se concretizou no Brasil, impulsionada por estímulos de agências de pesquisa e ações governamentais que propiciaram a formação de equipes e núcleos de pesquisa em diversas instituições universitárias do país. Em 2007, devido à expansão dessas atividades, o Ministério da Saúde implementou o projeto-piloto denominado “Telessaúde” (Wen, 2008; Pereira; Linhares, 2016; Lisboa *et al.*, 2023).

Por volta de 2010, o Ministério da Saúde desenvolveu o componente de

Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrando-o ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Essa iniciativa visava equipar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com tecnologia da informação, estabelecendo conectividade entre essas unidades e outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, foram emitidas portarias para incentivar a criação de novos Núcleos de Telessaúde estaduais e intermunicipais, com remuneração dos estados e municípios com base em indicadores específicos para avaliação do seu estabelecimento e uso efetivo (Maldonado; Marques; Cruz, 2016; Lisboa *et al.*, 2023)

Apesar das resistências previsíveis diante deste novo modelo de atendimento, é imperativo destacar as vantagens que ele proporciona, destacando a promoção do autocuidado e a realização de intervenções precoces. Adicionalmente, benefícios como a abordagem preventiva, a melhoria da autonomia do paciente e o poder de decisão compartilhado são dignos de nota. A independência dos usuários do serviço é um aspecto relevante, permitindo-lhes uma vida tão autônoma quanto desejarem em suas comunidades locais, desfrutando dos serviços disponibilizados pela tecnologia (Clark; Goodwin, 2010).

Torna-se interessante saber que os serviços de telessaúde podem ser categorizados em cinco amplas frentes: teleconsultoria, telediagnóstico, teleducação, Teleconsulta e Telemonitoramento (Morsh, 2024). O Quadro 01 detalha a função específica de cada uma dessas frentes:

Quadro 1 - Classificação e Descrição de Serviços de Telessaúde.

FRENTES	FUNÇÃO
Teleconsultoria	refere-se à consulta entre profissionais de saúde, realizada com o propósito de esclarecer dúvidas relacionadas a ações de saúde e procedimentos clínicos. O processo envolve o envio de uma pergunta a uma equipe de especialistas, visando obter uma resposta embasada em evidências e fontes qualificadas. A interação pode ser síncrona, ocorrendo em tempo real, ou assíncrona, através do envio de mensagens off-line
Telediagnóstico	consiste no diagnóstico realizado remotamente, ampliando a disponibilidade e o acesso aos laudos online. Inicia-se com a realização de exames complementares por um profissional capacitado, como um técnico de enfermagem ou em radiologia. Os registros desses exames são então compartilhados por meio de uma plataforma de telessaúde, permitindo a interpretação à distância por um especialista.
Teleducação	proporciona a disponibilidade de conteúdos educacionais online, como cursos, palestras e fóruns de discussão dentro do sistema de telessaúde, acessíveis a qualquer hora do dia ou da noite.
Teleconsulta	envolve o atendimento remoto ao paciente, geralmente realizado por meio de videoconferência.
Telemonitoramento	utiliza recursos tecnológicos para dar continuidade à monitorização de pacientes localizados geograficamente distantes das unidades de saúde.

Fonte: Adaptado de Morsh (2024)

INTEGRAÇÃO TECNOLÓGICA NA PREVENÇÃO DE DESASTRES E PANDEMIAS

Em cenários desafiadores, como os de pandemias, a telessaúde desempenha um papel vital na continuidade do cuidado, garantindo a segurança e bem-estar dos pacientes (Paloskiet *al.*, 2020). O serviço de apresenta inúmeras vantagens na melhoria da resposta em situações de desastres e pandemias, caracterizadas por riscos ambientais ou biológicos.

Durante surtos de doenças infecciosas, a telessaúde se destaca ao facilitar a avaliação remota, a prestação de cuidados e a disseminação de informações essenciais. Além disso, os atendimentos desempenham um papel significativo no fomento ao distanciamento social, uma medida fundamental em situações de surtos de doenças infecciosas. Essa abordagem não apenas otimiza a eficácia dos cuidados de saúde, mas também contribui para a segurança pública ao reduzir a necessidade de interações presenciais, promovendo assim uma resposta mais eficiente e adaptável diante de desafios epidemiológicos (Paloskiet *al.*, 2020).

Iniciando com a imposição das medidas de isolamento social em 2020, a pandemia de covid-19 desencadeou uma série de reflexões sobre a importância da medicina preventiva na sociedade. Em meio a esse cenário desafiador, surgiu a necessidade premente de explorar como a telemedicina e as tecnologias de saúde podem revolucionar a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, especialmente em momentos críticos como o enfrentamento de uma crise sanitária (Lisboa *et al.*, 2023).

A TELESSAÚDE: BENEFÍCIOS, IMPLEMENTAÇÃO E FUTURO

A telessaúde oferece vantagens para pacientes, centros de saúde e profissionais médicos. Os usuários possuem acesso a diagnósticos e tratamentos mais rápidos, recebendo atenção integral desde o início, enquanto evitam as inconveniências de viagens para pacientes e familiares. Para hospitais e sistemas de saúde, traz benefícios como a redução do risco de perda de informações, a instituição de diagnósticos e tratamentos mais rápidos e precisos, aprimoramento na comunicação entre diferentes serviços, eliminação de duplicidade de informações, eficiência em equipamentos e serviços, melhor gestão da saúde pública e recursos adicionais para a educação. Para os profissionais de cuidados primários, surgem oportunidades inovadoras para consultas com especialistas, evitando deslocamentos, proporcionando mais evidências para tomada de decisões, imagens e informações de melhor qualidade, além da prevenção de perda na comunicação entre profissionais (Brasil, 2014; Lisboa *et al.*, 2023).

Em diversos países, esse processo já é uma prática estabelecida, evidenciando suas vantagens e ressaltando a importância da implementação desse modelo na realidade brasileira. Um estudo realizado na Inglaterra, que analisou 10 consultas mediadas por vídeo, destaca o papel das enfermeiras durante o exame físico, diagnóstico e tratamento, contribuindo com seu conhecimento específico do cuidado primário. O estudo conclui que a tecnologia possibilita a troca efetiva de informações entre profissionais, considerando a história do paciente e testes anteriores, promovendo um modelo de cuidado compartilhado para diagnóstico e tratamento (Pappas *et al.*, 2019). Esses exemplos reforçam a importância na otimização da prestação de serviços de saúde e na promoção de práticas colaborativas e eficazes (Lisboa *et al.*, 2023).

De acordo com Ziegler (2022), a utilização da telemedicina mostrou uma maior adesão por parte dos médicos que atuam no setor privado em comparação com os profissionais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os médicos que desempenham funções na atenção primária, serviços ambulatoriais e hospitais vinculados

ao SUS, a telemedicina foram predominantemente empregada em serviços destinados aos pacientes afetados pela covid-19. Por outro lado, os médicos que operam em consultórios e clínicas, atendendo a planos de saúde e particulares, optaram majoritariamente pela telemedicina para tratar questões de saúde não relacionadas à covid-19. Essa discrepância indica uma diferenciação na aplicação da telemedicina, refletindo as demandas específicas de cada setor de saúde e destacando a versatilidade dessa abordagem em atender diversas necessidades dentro do contexto médico (Rozeira; Silva, 2024).

A inserção da telessaúde no Sistema Único de Saúde (SUS) pode se originar tanto de esforços locais quanto de abordagens nacionais. Essa modalidade de assistência transcende significativamente o âmbito das teleconsultas, abrangendo práticas na atenção primária do SUS. Assim, médicos de família têm a capacidade de consultar especialistas para a discussão de diagnósticos e diretrizes de tratamento (Scherer, 2023).

É relevante destacar que a implementação da telessaúde no SUS teve início em 2007, antecipando-se em sete anos às iniciativas privadas, que começaram a ser desenvolvidas em 2014. Esse marco inicial no cenário federal foi marcado pelo Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, promovido pelo Ministério da Saúde. Este programa possibilitou aos profissionais de saúde do SUS o uso de tecnologias digitais ou telefonemas para esclarecimento de dúvidas relacionadas a procedimentos clínicos e intervenções de saúde com médicos especialistas. Adicionalmente, o programa sempre contemplou atividades educacionais a distância e a realização de exames com emissão de laudos por profissionais situados em diferentes localidades. De acordo com dados do Governo Federal, o Ministério da Saúde aportou mais de R\$ 126 milhões em 50 projetos distribuídos por 22 estados brasileiros (Scherer, 2023).

Ao longo dos anos, contudo, o programa perdeu sua força devido à escassez de recursos financeiros. Em junho de 2022, houve uma retomada com a assinatura da portaria que regulamenta a telessaúde (Scherer, 2023).

A capacitação adequada emerge como um desafio significativo para impulsionar a telemedicina no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No início da pandemia, quando as teleconsultas foram liberadas de forma emergencial, muitas ações foram conduzidas de maneira improvisada. No entanto, à medida que essa prática avança, torna-se imperativo que os profissionais adquiram habilidades específicas necessárias (Scherer, 2023).

No setor privado, profissionais de instituições utilizam seus hospitais de excelência para treinar aqueles envolvidos em projetos relacionados à telessaúde, aproveitando sua experiência e infraestrutura. No entanto, para o SUS, a formação se torna mais complexa. Os profissionais de saúde precisam receber uma formação mais especializada, pois a prestação de serviços por meio da telemedicina difere substancialmente do atendimento presencial. Embora seja uma atividade assistencial, é crucial saber conduzi-la adequadamente. Este é um ponto crítico: as competências daqueles que utilizam, implementam e executam a teleassistência (Rozeira, Silva, 2024).

É relevante observar que, mesmo nos dias atuais, algumas faculdades de medicina não incluem preparação para a telemedicina em sua grade curricular. O mesmo acontece em diversas áreas da saúde. Todos os profissionais que utilizam a telessaúde devem

receber uma formação que forneça habilidades mínimas, garantindo a prestação de um atendimento de qualidade. A telessaúde requer uma abordagem profissional, afastando-se do amadorismo e da visão simplista de que se trata apenas de uma videochamada (Rozeira, Silva, 2024).

Em março de 2024, o Ministério da Previdência Social anunciou uma nova medida para agilizar a concessão de benefícios previdenciários, permitindo a realização de perícias médicas por meio da telemedicina. Essa inovação abrangerá a concessão de aposentadoria por incapacidade permanente, auxílio por incapacidade temporária (antigo auxílio-doença) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência. A mudança visa reduzir a significativa fila de espera no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Até janeiro de 2024, 880.519 perícias médicas presenciais estavam agendadas, evidenciando a necessidade de soluções ágeis. A análise documental do atestado médico já havia sido implementada desde outubro de 2023 para o benefício por incapacidade temporária. Assim, a telemedicina será priorizada em áreas sem peritos ou com longo tempo de espera. A Secretaria de Regime Geral de Previdência Social definirá as unidades aptas a utilizar essa modalidade e o governo planeja tornar o atendimento online permanente em determinadas cidades por meio de uma portaria. A região Nordeste será pioneira nesse experimento, visando realizar 50 mil perícias online mensais até o final do semestre de 2024. A telemedicina também será estendida a casos de reavaliação ou avaliação biopsicossocial de deficiência, ampliando sua aplicação de maneira abrangente (Castro, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ascensão da telessaúde transcende fronteiras geográficas, oferecendo um horizonte expandido de oportunidades e desafios éticos. À medida que a conectividade global permite que profissionais de saúde e pacientes se encontrem virtualmente, surge a necessidade premente de estabelecer práticas éticas robustas nesse novo mundo digital da assistência médica.

No âmbito da telessaúde, a privacidade e a segurança da informação emergem como pilares éticos fundamentais. A transferência de dados de saúde por meio de plataformas digitais impõe a responsabilidade de garantir a confidencialidade das informações médicas, exigindo a implementação de medidas de segurança robustas e conformidade estrita com regulamentações de privacidade (Rozeira; Silva, 2024).

A equidade no acesso ao serviço também se apresenta como um desafio ético. Enquanto essa modalidade de cuidado oferece a possibilidade de conectar pacientes em áreas remotas a especialistas de renome mundial, é crucial garantir que a divisão digital não aprofunde disparidades já existentes. A atenção ética deve ser direcionada para assegurar que todos os estratos da sociedade, independentemente de sua localização ou status socioeconômico, tenham acesso igualitário a serviços de saúde de qualidade (Rozeira; Silva, 2024).

Outra questão ética de destaque é a formação e qualificação dos profissionais de saúde envolvidos na telemedicina. A garantia de que esses profissionais estejam adequadamente treinados para a prática virtual, compreendam as nuances da comunicação

digital e estejam cientes das limitações e possibilidades dessa modalidade é essencial para a segurança e eficácia do atendimento (Rozeira; Silva, 2024).

A telessaúde também destaca a importância da autonomia do paciente. É imperativo garantir que os pacientes tenham acesso a informações claras sobre o processo de teleconsulta, seus direitos e opções disponíveis. A obtenção de consentimento informado de maneira digital e a promoção de uma comunicação transparente são essenciais para preservar a autonomia e a confiança do paciente (Rozeira; Silva, 2024).

É compreensível que a implantação de técnicas de comunicação no campo da saúde, especificamente a telessaúde, encontre resistência natural, demandando não apenas mudanças tecnológicas, mas também transformações políticas e organizacionais substanciais (Rozeira; Silva, 2024).

No entanto, é crucial destacar a importância dos aspectos éticos e deontológicos na prática dos profissionais de saúde, centrados no paciente. A relação profissional-paciente deve permanecer como elemento fundamental no processo diagnóstico e terapêutico, não se limitando a uma única modalidade (Rozeira; Silva, 2024).

Entendemos que as discussões sobre o impacto da telemedicina não devem ser baseadas em ideologias como eficientismo, reducionismo ou tecnologismo, mas tampouco devem se opor ao avanço já consolidado no contexto global por falta de audácia, abertura às inovações científicas ou obstáculos políticos e legislativos. Novos padrões requerem novos diálogos, e novas análises impulsionam progressos e enfrentamentos de desafios.

Destacamos a necessidade de ampliação e investimento em grupos de estudos, educação precoce dos profissionais de saúde em aspectos éticos e desenvolvimento de novos padrões de atendimento em nível nacional. Além disso, ressaltamos a importância de maior abertura no campo político e legislativo, propondo novas estratégias e estudos piloto. Com esse enfoque, reconhecemos que a vastidão territorial do país e a escassez de profissionais em certas regiões oferecem oportunidades para evidenciar as vantagens e elementos críticos, promovendo uma análise abrangente no campo da telemedicina e proporcionando bases para futuras elaborações (Lisboa *et al.*, 2023).

A amplitude da telessaúde, especialmente no contexto do atendimento médico, proporciona um direcionamento mais eficaz para cada demanda. A utilização de ferramentas tecnológicas permite a colocação do paciente adequado no lugar apropriado, prevenindo desperdícios, otimizando a distribuição de recursos, ampliando o acesso à saúde e aprimorando resultados. Ao considerar todas essas possibilidades, podemos antecipar a implementação de ações de saúde ainda mais efetivas.

Nesse cenário, as práticas médicas, psicológicas, odontológicas, nutricionais e outras profissões da área da saúde se tornarão personalizadas, participativas e preventivas. Os pacientes desempenharão um papel ativo no processo de decisão, enquanto os profissionais se concentrarão mais na promoção da saúde do que no tratamento da doença. A disponibilidade de atendimento será flexível, ocorrendo em qualquer hora e local conforme a necessidade do paciente. Essa é a missão da telessaúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde**: seleção de estudos apoiados pelo Decit. 2. ed. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Brasília, DF: MS; 1998.

CASTRO, Ana Paula. INSS vai permitir uso da telemedicina para concessão de benefícios previdenciários. **Portal G1 TV Globo**, 2024. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2024/03/07/inss-vai-permitir-uso-da-telemedicina-para-concessao-de-beneficios-previdenciarios.ghtml>>.

CLARK, M.; GOODWIN, N. Sustaining innovation in telehealth and telecare. **WSDAN briefing papers**, London, v. 1, n. 1, p. 1-35, 2010.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução 2.314 de 20 de abril de 2022**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>

LISBOA, K. O. *et al.* A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, p. e210170pt, 2023.

MALDONADO, J. M. S. de V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2, e00155615, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00155615.

MANCINI, MC; SAMPAIO, RF. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos , v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

MORSCH, José Aldair. **Telessaúde**: o que é, importância, vantagens e como aplicar. Portal Morsch Telemedicina, 2024. Disponível em <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/telessaude-brasil>

NOVOA, Claudia Galindo; PISA, Ivan Torres. **Uso da telessaúde como estratégia para a melhoria dos sistemas de saúde público e privado**. Universidade Federal de São Paulo, Unifesp, 2022. Disponível em: <<https://sp.unifesp.br/epm/dis/noticias/uso-da-telessaude-como-estrategia-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-saude-publico-e-privado>>.

ORGANIZAÇÃO mundial da saúde (OMS). **WHO-ITU global standard for accessibility of telehealth services**. World Health Organization and International Telecommunication Union, 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356160/9789240050464-eng.pdf?sequence=1>

PAGLIARI C, SLOAN D, GREGOR P, SULLIVAN F, DETMER D, KAHAN JP, *et al.* What is eHealth: a scoping exercise to map the field. **J Med Internet Res**. 2005;7(1):e9.

PAIVA, V. L. M. O. **Manual de Pesquisa em Estudos Linguísticos**. São Paulo: Parábola, 2019.

PALOSKI, G. DO R. *et al.* **Contribuição do telessaúde para o enfrentamento da COVID-19**. Escola Anna Nery, v. 24, n. spe, p. e20200287, 2020.

PAPPAS, Y. *et al.* Diagnosis and decision-making in telemedicine. **Journal of Patient Experience**,

Thousand Oaks, v. 6, n. 4, p. 296-304, 2019. DOI: 10.1177/2374373518803617

PEREIRA, H. R.; LINHARES, F. R. Panorama de patentes em telemedicina no mundo. **Revista Acreditação: ACRED**, [s.l.], v. 6, n. 12, p. 84-93, 2016.

PESSINA, A. **IL senso del possibile e l'orizzonte del limite nella civiltà tecnologica**. *Hermenêutica*, Urbino, p. 41-64, 2001.

Rezende EJC, Melo MCB, Tavares EC, Santos AF, Souza C. Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. **Rev Panam Salud Publica**. 2010; 28(1):58–65.

ROZEIRA, C. H. B.; ROZEIRA, C. F. B.; SILVA, M. F. da. **Trama Epistemológica**: Entretecendo o Conhecimento Científico. Portal Zenodo, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.5281/zenodo.10002060>>.

ROZEIRA, C. H.; SILVA, M. F. **Telessaúde no Brasil**: Desafios Éticos e Perspectivas Futuras. Zenodo, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.10802675.

SABBATINI, R. M. E. **A telemedicina no Brasil: evolução e perspectivas**. In: CAETANO, K. C.; MALAGUTTI, W. *Informática em Saúde: uma perspectiva multiprofissional dos usos e possibilidades*, 2012. p. 1-16.

SCHERER, Tanise. Telemedicina no SUS: como é e quais os desafios para avançar. **Futuro da Saúde**, 2023. Disponível em <https://futurodasaude.com.br/telemedicina-no-sus/>

WEN, C. L. Telemedicina e telessaúde - um panorama no Brasil. **Revista iP - Informática Pública**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 7-15, 2008.

ZIEGLER, Maria Fernanda. Telemedicina chegou com a pandemia e veio para ficar, indica estudo. **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**, 2022. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/telemedicina-chegou-com-a-pandemia-e-veio-para-ficar-indica-estudo/>>.

Enfermeiro como gestor clínico no centro cirúrgico, otimização do processo de agendamento cirúrgico: narrativa de literatura

Nurse as clinical manager in the surgical center, optimization of the surgical schedule process: literature narrative

Vanessa Trento

Enfermeira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná; Pós graduação Urgência e Emergência e Unidade de Terapia Intensiva pela Abrasce; Pós Graduação Preceptorial no SUS pelo Sírio Libanês e Universidade Latino Americana - Unila; Pós Graduação Cardiologia para Enfermeiro pela Unileya

Kevelin Taiane Monteiro

Centro Universitário Dinamica das Cataratas

Luciana Aparecida Fabriz

Enfermeira, Doutora e Pós-doutoranda em Ciências pela Universidade de São Paulo - USP; Assessora da Direção Geral e docente dos Cursos de Pós-Graduação Gestão Hospitalar e do Mestrado Saúde Pública em Região de Fronteira da Uniãoeste, Campus de Foz do Iguaçu; Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Dinâmica das Cataratas UDC

RESUMO

O estudo objetivou conhecer a produção científica sobre a importância do Enfermeiro gestor clínico, para otimização do processo de agendamentos cirúrgicos. Trata-se de uma narrativa de literatura, seguindo as etapas: identificação da questão norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise das informações; interpretação dos resultados; apresentação da narrativa, realizada nas bases de dados Lilacs, Medline, Scielo, no período de outubro a dezembro de 2022. Resultados: O enfermeiro do centro cirúrgico tem papel fundamental na gestão e coordenação dos processos da unidade, considerado um profissional estratégico para a gestão e o funcionamento do CC, atuando diretamente no planejamento da assistência perioperatória, e no agendamento cirúrgico para otimização dos processos e giro de sala operatória. Conclusão: as pesquisas apontam que o papel do enfermeiro gestor em unidade de Centro Cirúrgico deve ser de maneira integrada, diante da complexidade do setor e das múltiplas atividades, sendo necessário não somente o domínio técnico, mas também possuir conhecimentos e habilidades de



gestão de pessoas, gestão por processos, habilidades de comunicação, resolução de conflitos e tomada de decisão.

Palavras-chave: centro cirúrgico; enfermeiro e agendamento cirúrgico.

ABSTRACT

The study aimed to know the scientific production on the importance of the Clinical Nurse Manager to optimize the surgical scheduling process. This is a literature review, following the steps: identification of the guiding question; establishment of criteria for inclusion and exclusion of studies; definition of the information to be extracted from the selected articles; information analysis; interpretation of results; presentation of the review, carried out in the Lilacs, Medline, Scielo databases, from October to December 2022. Results: The surgical center nurse has a fundamental role in the management and coordination of the unit's processes, considered a strategic professional for the management and the functioning of the CC, acting directly in the planning of perioperative care, and in the surgical scheduling to optimize processes and operating room rotation. Conclusion: research indicates that the role of the nurse manager in a Surgical Center unit must be integrated, given the complexity of the sector and the multiple activities, requiring not only technical mastery, but also having knowledge and people management skills, process management, communication skills, conflict resolution and decision making.

Keywords: surgical center; nurse; and surgical scheduling.

INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC) assume uma posição central na estrutura hierárquica dos hospitais, impactando significativamente todas as áreas operacionais, apesar de sua função principal ser a realização de procedimentos cirúrgicos e a recuperação pós-anestesia. Em um cenário de globalização e crescente demanda por eficiência, a qualidade dos cuidados prestados nesse ambiente torna-se crucial, resultando em uma atenção intensiva e em discussões contínuas sobre o tema (Chourabi *et al.*, 2024)

O centro cirúrgico pode ser considerado, um dos setores mais importantes da instituição hospitalar, sendo também um dos mais custosos. Uma maneira de conseguir a redução de custos deste setor é evitar que ocorram atrasos para o início das cirurgias, que além de ocasionar em perdas financeiras, causam insatisfação para os pacientes, e ocasiona transtornos para o correto andamento do plantão e para toda a equipe de profissionais envolvidos (Castro *et al.*, 2021).

As instituições hospitalares de saúde devem buscar a qualidade e segurança nos procedimentos, otimizando os processos, através de ferramentas que auxiliem nas tomadas de decisões (Venâncio, 2021).

A sustentabilidade é um ponto de atenção para a gestão do serviço. Diante dos processos complexos, é importante que exista uma gestão integrada, atenta a todas as

necessidades, de estrutura física, recursos humanos, equipe multidisciplinar, corpo clínico e inovações tecnológicas (SOBECC, 2017).

Para Gomes e Boaventura (2018), o profissional enfermeiro tem um importante papel como gestor, pois ele desenvolve o planejamento da assistência de enfermagem, garante o cumprimento das rotinas, protocolos, e evita a ocorrência de erros que possam prejudicar o andamento dos procedimentos.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo, conhecer a produção científica sobre a importância do enfermeiro gestor clínico para otimização do processo de agendamento cirúrgico.

MÉTODOS DE PESQUISA

Tipo de estudo

Neste estudo foi realizada uma narrativa de literatura, com pesquisa de publicações na base de dados como Lilacs, Medline, Scielo. Para descritores, fez-se uso dos termos: Centro Cirúrgico, Enfermeiro e agendamento cirúrgico.

Dessa forma, foram incluídos, nesta narrativa, os estudos que tiveram a gestão do centro cirúrgico, enfermeiro gestor, bem como os estudos de narrativa de literatura, totalizando, assim, 34 artigos. Este método incorpora uma abordagem sistemática de análise e síntese de pesquisas, promovendo uma compreensão mais aprofundada do tema em investigação. Além disso, desempenha um papel crucial ao oferecer suporte à tomada de decisões informadas e, por conseguinte, impulsiona melhorias significativas na prática clínica.

Coleta e organização dos dados

Este estudo seguiu todas as fases da narrativa da literatura, 1) identificação da questão norteadora; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; 4) análise das informações; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da narrativa.

Estabeleceu-se a questão de pesquisa: “Qual a produção científica sobre o Enfermeiro gestor clínico no processo de otimização do agendamento cirúrgico?”. Para a seleção dos artigos foram considerados como critérios de inclusão artigos originais e completos, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis em bases de dados com acesso gratuito e publicados nos últimos 20 anos. Foram excluídos da pesquisa os artigos duplicados, não condizentes com a temática, estudos de narrativa e editoriais.

As buscas aconteceram nos meses de outubro a dezembro de 2022, nas seguintes bases de dados: literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (Scielo).

Para a identificação dos descritores e sinônimos foram consultados o Descritores

em Ciências da Saúde (DeCS), nos idiomas inglês, espanhol e português e o Medical Subject Headings (MeSH) para determinar descritores em inglês, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Definição das palavras-chave, de acordo com os termos da pergunta de pesquisa.

Termos da Pergunta de Pesquisa	Descritores /Palavras Chave/ MeSH
Enfermeiro	Português: Enfermeiro Inglês: Nurse Espanhol: Enfermero
Gestor Clínico	Português: Gestor Clínico Inglês: Clinical Manager Espanhol: Gerente Clínico
Agendamento Cirúrgico	Português: Agendamento Cirúrgico Inglês: Surgical Scheduling Espanhol: Programación quirúrgica

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Para as estratégias de buscas, foram realizadas combinações com os vocabulários dos descritores / palavras chaves e Mesh, encontrados e os operadores booleanos AND para a ligação entre os termos e OR para os sinônimos.

Análise e apresentação dos dados

Após o levantamento do quantitativo total de artigos, foram excluídos os dados duplicados e em seguida realizou-se a primeira seleção pela leitura de

Título e Resumo. Posteriormente foi realizada a leitura crítica dos artigos. A partir da composição da amostra, os estudos foram tabulados em um banco de dados, utilizando o software Microsoft Office Excel, 2010. Este permitiu organizar e compilar as seguintes informações dos estudos selecionados: título; ano e país; delineamento e número de participantes; intervenções e desfecho. Os dados obtidos foram agrupados em quadros instrumentais e em categorias.

Os dados obtidos foram agrupados em categorias. Em seguida os resultados foram interpretados com base na literatura nacional e internacional.

Aspectos éticos

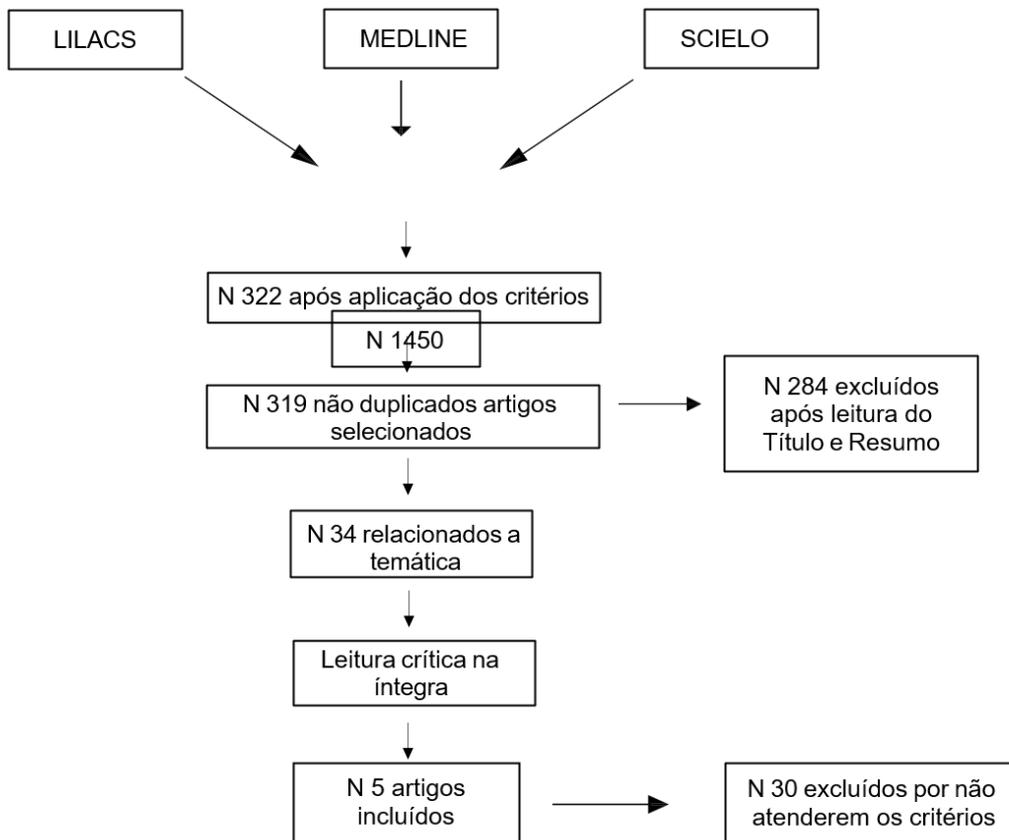
Por se tratar de uma narrativa de estudos publicados, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Foram citados todos os autores dos artigos que compõem a narrativa integrativa, sendo incluídas todas as respectivas referências bibliográficas de forma a garantir a propriedade intelectual dos mesmos.

RESULTADOS

Inicialmente foram encontrados 1450 artigos, nas bases de dados, após a aplicação dos primeiros critérios de inclusão, restaram 322, destes 284 foram excluídos. Após leitura de título e resumos, foram elegidos 32 artigos para a leitura na íntegra, por atenderem os requisitos previamente estabelecidos, em seguida foi realizada leitura criteriosa na íntegra, resultando em 05 artigos selecionados para a narrativa integrativa, conforme apresentado na Figura 1.

Posteriormente os estudos analisados foram organizados em um quadro, contendo ano, título, periódico e autores, e outro quadro, contendo desenho do estudo, objetivos, resultados, conclusões e desfechos.

Figura 1 - Fluxograma dos artigos selecionados a partir da narrativa integrativa.



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Após a seleção dos artigos, os dados foram organizados, considerando o ano de publicação, título do estudo, periódico, autores e base de dados, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Síntese dos artigos incluídos na narrativa integrativa.

Ano	Título do estudo	Periódico	Autores
2021	Agendamento em centros cirúrgicos: Uma solução baseada na teoria da corrente crítica	Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde	Castro <i>et al.</i>
2016	Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais	Revista Gaúcha de Enfermagem	Martins FZ, Dall'Agno CM Scielo
2017	Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Alpendre FT,
2022	Fatores que interferem no tempo de Intervalo entre cirurgias: estudo Observacional	Cogitare Enfermagem	Peralta T, et al.
2021	Processo gerencial em centro cirúrgico sob a ótica de enfermeiros	Acta Paulista de Enfermagem	Souza <i>et al.</i>

Os resultados dos estudos selecionados, foram sintetizados no Quadro 3, contendo as informações referente ao desenho do estudo, objetivos, resultados, conclusões e desfecho.

Quadro 3 - Informações referente ao desenho do estudo, objetivos, resultados, conclusões e desfecho.

Desenho dos estudos	Objetivos	Resultados, conclusões e desfechos
Estudo de Caso e técnica de Simulação de Eventos Discretos, realizado em um hospital de referência em São Paulo. Foram coletados indicadores de processos, além da realização de entrevistas com gestores de todas as áreas e serviços relacionados ao CC. Foi realizada uma análise descritiva dos dados e análise sistêmica dos processos cirúrgicos, realizadas simulações computacionais de eventos discretos.	Entender a dinâmica e as razões dos atrasos em um centro cirúrgico (CC) de um hospital de referência, localizado na cidade de São Paulo, e propor novas políticas para o processo de agendamento de centros cirúrgicos, baseada na Teoria da Corrente Crítica (TCC).	O estudo demonstrou que 89% das cirurgias são iniciadas depois do horário agendado. A (TCC) se mostrou eficiente, reduzindo em 40% o número de atrasos e em 30% a duração média dos atrasos.
Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com seis enfermeiras, mediante a Técnica de Grupos Focais, entre abril e agosto de 2013. As informações foram submetidas à Análise de Conteúdo na modalidade temática.	Analisar os desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais em centro cirúrgico.	Os principais desafios apontados foram: deficiência de recursos materiais, ruídos de comunicação, adequação de redimensionamento de pessoal e relações com a equipe multiprofissional. As principais estratégias compreenderam a construção de espaços de gestão compartilhada para promover a integração entre os profissionais, a resolução de conflitos e o intercâmbio de saberes.
Pesquisa metodológica, realizada em hospital de ensino público de grande porte do Sul do Brasil, com aplicação dos fundamentos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas da Organização Mundial da Saúde. O checklist foi aplicado a 16 enfermeiros de oito unidades cirúrgicas, e submetido à validação por meio da técnica Delphi on-line com oito especialistas.	Elaborar, avaliar e validar um checklist de segurança cirúrgica para os períodos pré e pós-operatório de unidades de internação cirúrgica.	Conclusão: o Checklist de Segurança Cirúrgica Pré e Pós-Operatório é mais uma estratégia na promoção da segurança do paciente, pois possibilita monitorar sinais e sintomas preditivos de complicações cirúrgicas e detecção precoce de eventos adversos.
Estudo quantitativo, observacional e transversal realizado em três centros de um hospital de grande porte no sul do Brasil. A coleta ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro 2020, observando o intervalo entre as cirurgias guiadas por roteiro. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, correlação e análise fatorial.	Investigar o tempo de intervalo entre as cirurgias e os fatores que podem influenciar processo.	O tempo médio de rotatividade foi 37 minutos. A desmontagem e as variáveis montagem relacionaram-se positiva e moderadamente com a rotatividade. O intervalo foi maior com pacientes provenientes de unidades de internação do que de serviços ambulatoriais e, após cirurgias menores, o tempo foi menor do que nas cirurgias de médio e grande porte.
Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 10 enfermeiros do centro cirúrgico de um hospital universitário. Coletados de setembro a outubro de 2019 por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, foram analisados com auxílio do software IRaMuTeQ e submetidos à análise temática indutiva.	Descrever o processo gerencial realizado por enfermeiros em centro cirúrgico.	A análise de similitude demonstra o protagonismo da equipe de enfermagem do centro cirúrgico e sua relação direta com o cuidado do paciente, enquanto a atuação do enfermeiro se caracteriza por ações predominantemente gerenciais relacionadas à organização do trabalho. Foram elencadas três categorias relacionadas ao processo gerencial em centro cirúrgico: gestão de pessoas, gestão de recursos materiais e gestão do cuidado. O processo gerencial em (CC) envolve a necessidade de aprimoramento das competências, e conhecimento das ferramentas gerenciais para a gestão de pessoas, para o gerenciamento de recursos materiais e para a gestão do cuidado.

DISCUSSÃO DOS DADOS

O Centro Cirúrgico (CC) é uma unidade hospitalar dedicada à realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, atendendo tanto a casos eletivos quanto emergenciais (Martins *et al.*, 2017).

Trata-se de uma área específica dentro do ambiente hospitalar voltada para intervenções cirúrgicas que abrangem desde casos simples até os mais complexos (Gomes, 2014). Essa unidade se destaca por centralizar os profissionais e os recursos materiais essenciais para a execução desses procedimentos, podendo ocasionar ansiedade nos pacientes, independentemente do grau de complexidade, e apresentando potenciais riscos associados (Siqueira; Schuh *et al.*, 2017).

Com o mapeamento dos processos adequado, pode ser evitado os desperdícios na gestão do Centro Cirúrgico (Silva, 2016). Além de ser de um dos setores que mais gera receita à instituição hospitalar, também possui a maior demanda de investimentos e pode gerar desperdício de recursos materiais, humanos, estrutura física e equipamentos, se a gestão da unidade não for eficaz. A programação cirúrgica dos pacientes eletivos deve ser realizada de maneira efetiva, visando a resolutividade e planejamento dos agendamentos, e para obter a excelência do processo (Froes, 2018).

O Enfermeiro do Centro Cirúrgico pode desenvolver papel importante como gestor da unidade, além de estar apto a desempenhar funções como gerente, supervisor e assistencial (Alpendre *et al.*, 2017). É inerente ao papel do enfermeiro ser responsável por todas as questões administrativas pertinentes à sua função, podendo atuar na administração, coordenação e educação (Gomes *et al.*, 2014).

Para que o Enfermeiro do Centro Cirúrgico possa garantir uma assistência transoperatória de qualidade e com segurança, é necessário haver a integração com todos os membros da equipe multidisciplinar, possibilitando a troca entre as diversas especialidades, com discussões e experiências (Martins e Dall’Agnol, 2016; Santos *et al.*, 2013).

A realização da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória em muitas regiões do país são pontos frágeis da enfermagem, há necessidade de dimensionamento de Enfermeiro adequado, para levantamento dos riscos anestésico-cirúrgicos, além de todas as outras atividades gerenciais e de supervisão do enfermeiro para manter a dinâmica de atividades do CC e tentar garantir um ambiente seguro para o procedimento cirúrgico (Sousa *et al.*, 2013).

O agendamento cirúrgico realizado de forma eficaz, reduz atrasos, que podem gerar perda de receita, insatisfação por parte de todos os envolvidos na unidade (Akbarzadeh *et al.*, 2020). Pode ocorrer diversas variabilidades no agendamento, pois depende de várias situações envolvidas, como o tempo estimado pelo cirurgião e tempo real do procedimento, as ausências de pacientes, os atrasos de cirurgias, as solicitações de encaixe em casos de cirurgia de urgência e emergência são exemplos de fatores que causam flutuações e variabilidade no processo de agendamento (Batun *et al.*, 2011; Protil; Stroparo; Bichinho, 2008; Youn *et al.*, 2019).

Com objetivo de minimizar os atrasos cirúrgicos e maximizar o número de cirurgias

realizadas no Centro Cirúrgico, gerando consequente aumento de produtividade e receita, foi realizado um estudo baseado na Teoria da corrente crítica, abordando variabilidades como prazos, recursos, atrasos, pulmões, interdependência de atividades, e incertezas, (Castro *et al.*, 2021). O setor de agendamento cirúrgico é o responsável por manter o Mapa Cirúrgico atualizado, gerindo o fluxo de informações e a disponibilidade de salas cirúrgicas.

Desta forma o agendamento tem papel fundamental na gestão das variabilidades de um CC, sendo assim um dos impactos relacionados ao comportamento pontual de cirurgiões, pacientes, enfermeiros, entre outros e para reduzir os atrasos cirurgias em determinados períodos.

O enfermeiro do centro cirúrgico desempenha um papel fundamental na coordenação e fiscalização das atividades, garantindo o bom funcionamento da unidade. Suas responsabilidades envolvem ações cuidadosamente planejadas para atender às necessidades do paciente durante todo o processo cirúrgico, desde o pré até o pós-operatório, com foco no cuidado integral (Siqueira, Schuh *et al.*, 2017).

Uma importante ferramenta para a gestão de cuidados centrado no paciente no perioperatório, é a utilização do check list de cirurgia segura, para prevenção de problemas relacionados à segurança do paciente cirúrgico, pré e pós-operatório, com objetivo de redução de incidentes relacionados à organização do serviço e à assistência (Alpendre, 2017).

Em uma pesquisa qualitativa realizada em um Hospital Universitário do Estado do Paraná, traz um assunto importante, que é identificação dos geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem do centro cirúrgico, levou em consideração alguns, como sobrecarga de trabalho, falta de planejamento, recursos humanos, materiais e ambiente fechado (Jacques *et al.*, 2015). Quando se fala em sobrecarga de trabalho da enfermagem, é o fato de haver uma associação de ocorrência de eventos adversos na assistência prestada, que de fato no estudo de Magalhães *et al.* (2013) fica evidente.

O Enfermeiro gestor precisa estar atento aos fatores estressores da equipe de enfermagem, e identificar oportunidade de melhoria e estratégias para que a assistência não seja prejudicada, e tenha garantia de qualidade, como um dos pontos de partida, ações para melhorar a qualidade de vida das equipes (Jacques *et al.*, 2013). Outra questão de fundamental importância relacionada à carga de trabalho é o fato de existir associação significativa entre a carga de trabalho da equipe de enfermagem e eventos adversos na assistência prestada aos pacientes atendidos pelos trabalhadores de enfermagem (Magalhaes; Dall'Agnol; Marck, 2013).

Uma pesquisa realizada em um hospital público de ensino de grande porte, localizado na Região Sul do Brasil, possibilitou a elaboração, avaliação e validação do checklist para os períodos pré e pós-operatório (CSCPP) para segurança cirúrgica, com base nas diretrizes e objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, da OMS. Potencializa a adoção de ações preventivas, detecção precoce de complicações e minimização de riscos ao paciente, planejamento das intervenções de enfermagem e a melhoria da comunicação entre a equipe multiprofissional (Alpendre, 2017).

Segundo Martins, Dall’Agnol (2016), os desafios e limitações nas atividades gerenciais das enfermeiras no Centro Cirúrgico, são inerentes da própria unidade, própria devido a imprevisibilidade e pela necessidade constante de replanejamento e reorganização de ações, que pode ser agravado quando há problemas relacionados a materiais e equipamentos, comunicação ineficaz, desgaste físico e emocional dos trabalhadores e limitações da equipe médica na compreensão do trabalho de enfermagem. Outra pesquisa realizada com enfermeiros de um centro cirúrgico de um hospital da região Central do Rio Grande do Sul, realizaram pesquisa como enfermeiros do Centro Cirúrgico, apontam a fragilidade e falta de materiais e equipamentos no centro cirúrgico como uma das dificuldades, sendo que o enfermeiro está envolvido no processo de materiais consignados, equipamentos simples e complexos. Outro ponto importante destacado neste trabalho está relacionando a atividades administrativas e burocráticas realizadas pelo enfermeiro, e manutenção de um ambiente favorável ao bom relacionamento interdisciplinar (Stumm *et al.*, 2006). É esperado que o enfermeiro do Centro Cirúrgico possua algumas competências essenciais, como liderança, agilidade, tomada de decisão, flexibilidade, empatia, comunicação assertiva, planejamento do processo de trabalho da unidade, além de seguir o protocolo de cirurgia, sendo este a ferramenta essencial para tomada de decisão. O enfermeiro mesmo realizando o planejamento do agendamento cirúrgico, trabalha diariamente com situações de imprescindibilidade, desta forma se torna imprescindível o enfermeiro conhecer as ferramentas gerenciais, capacidade de tomada de decisão, tendo como foco a assistência de qualidade e segurança do paciente (Martins *et al.*, 2013).

Uma pesquisa realizada em um CC de um hospital porte IV, filantrópico, situado no sul do Brasil, evidenciaram que a equipe de enfermagem entrevistada acreditam que diversos fatores contribuem para ampliar o tempo de intervalo entre as cirurgias, como falta de treinamento e capacitação, dimensionamento de pessoal, cooperação e organização da equipe multidisciplinar, atrasos de profissionais, pacientes e materiais, montagem e desmontagem das salas operatórias, porte cirúrgico e processos burocráticos. O estudo trouxe como melhoria da otimização do tempo de cirurgias, a educação continuada, comunicação, dimensionamento de enfermagem adequado, pontualidade, redução de burocracias, assegurando a qualificação da assistência e promovendo a segurança do paciente, além de aprimorar o desempenho dos indicadores de qualidade (Peralta *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização da presente narrativa de literatura, pode-se perceber que o enfermeiro do centro cirúrgico tem papel fundamental na gestão e coordenação dos processos da unidade, considerado um profissional estratégico para a gestão e o funcionamento do CC, atuando diretamente no planejamento da assistência perioperatória, organização dos fluxos e cuidado centrado no paciente com qualidade e segurança dos serviços prestados.

As pesquisas apontam que o papel do enfermeiro gestor em unidade de Centro Cirúrgico deve ser de maneira integrada, diante da complexidade do setor e das múltiplas atividades, sendo necessário não somente o domínio técnico, mas também possuir conhecimentos e habilidades de gestão de pessoas, gestão por processos, habilidades de

comunicação, resolução de conflitos e tomada de decisão.

Os artigos destacam o protagonismo do enfermeiro gestor em unidade de centro cirúrgico, no agendamento cirúrgico, assegurando a segurança do paciente, utilização dos recursos hospitalares, otimização do processo e giro de sala cirúrgica. O uso de ferramentas de gestão, também foi apontando como recurso importante para o enfermeiro gestor, garantir a integração dos processos.

REFERÊNCIAS

- ABECC. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). **Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde**. 7. ed. São Paulo: Manole; 2017.
- AKBARZADEH, B. *et al.* **A diving heuristic for planning and scheduling surgical cases in the operating room department with nurse re-rostering**. Journal of Scheduling, 2020 v. 23, n. 2, p. 265–288, 202.
- ALPENDRE *et al.* **Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório**. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 2017;25:e 2907.
- ALPENDRE FT, CRUZ EDA, DYNIEWICZ AM, MANTOVANI MF, SILVA AEB, SANTOS GS. **Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2907.
- BATUN, S. *et al.* **Operating room pooling and parallel surgery processing under uncertainty**. INFORMS Journal on Computing, v. 23, n. 2, p. 220–237, mar. 2011.
- CARVALHO P.A, GÖTTEMS L.B.D, PIRES M.R.G.M, OLIVEIRA L.M.C. **Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals**. Rev Latino-Am Enfermagem 2015.
- CASTRO, R. F. *et al.* **Agendamento em centros cirúrgicos: uma solução baseada na teoria da corrente crítica**. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. Belo Horizonte, v.18, n.5, out-dez. 2021.
- CHOURABI, L. F. *et al.* **Indicadores Na Assistência Cirúrgica De Um Hospital Universitário: O Que Pensam Os Gestores?** **Revista Enfermagem Atual In Derme**, V. 98, N. 1, P. E024263, 10 Fev. 2024.
- FROES. E. F. **Cancelamento de cirurgias como indicador de avaliação das dimensões da qualidade de um centro cirúrgico**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2018.
- GOMES, A. N. BOAVENTURA, A. P. **Avaliação de desempenho das atividades em um Centro Cirúrgico**. Rev trab. Iniciaç. Cient. Campinas, n.26, out. 2018.
- GOMES LC; DUTRA KE; PEREIRA ALS. **O enfermeiro no gerenciamento do centro cirúrgico**. Rev. Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery; 2014; 16:01-21.
- JACQUES, J. P. B; RIBEIRO, R.P; MARTINS, J. T. RIZZI, D. S; SCHMIDT, D. R. **Geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem de centro cirurgico Stress Generators for employees of surgical nursing center**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 25-32, ago. 2015

- JEBALI, A.; HADJ ALOUANE, A. B.; LADET, P. **Operating rooms scheduling**. International Journal of Production Economics, v. 99, n. 1–2, p. 52–62, 2006.
- MARTINS FZ, DALL'AGNOL CM. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Rev Gaúcha Enferm**. 2016 dez;37(4):e56945.
- MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. **Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente**: estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., 2013.
- MARTINS, FZ. **Atividades gerenciais do enfermeiro em centro cirúrgico** [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
- PERALTA T, BOURSCHUIT F, TREVISIO. **Fatores que interferem no tempo de intervalo entre cirurgias**: opinião de profissionais de enfermagem. REV. SOBECC, SÃO PAULO. JAN./MAR. 2021; 26(1): 27- PREV. SOBECC, SÃO PAULO. JAN./MAR. 2021; 26(1): 27-34
- PROTIL, R. M.; STROPARO, J. R.; BICHINHO, G. L. **Applying computer simulation to increase the surgical center occupation rate at a university hospital in Curitiba - Brazil**. Proceedings of the 2008 Winter Simulation Conference. Anais...2008
- SANTOS JLG, PESTANA AL, GUERRERO P, MEIRELLES BSH, ERDMANN AL. **Nurses practices in the nursing and health care management**: integrative review. Rev Brasileira de Enfermagem 2013.
- SILVA, M.J.N.; RIBEIRO, A.L. Gestão em centro cirúrgico: identificação de desperdícios. Management of a surgical center: identification of wastes Gestión en el centro quirúrgico: identificación de residuos. **Rev. SOBECC**, São Paulo. ABR./JUN. 2016; 21(2): 82-89.
- SOUSA CS, GONÇALVES MC, LIMAAM *et al*. **Português/Inglês Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 7(esp):6288-93, out., 2013
- SIQUEIRA N, SCHUH L. **As atribuições do enfermeiro no centro cirúrgico**. Ulbracds.com.br, 2017;
- Stumm EMF, Maçalai RT, Kirchner RM. **Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 464-71
- VENÂNCIO, L. R. S. A. **Impacto de um ciclo de melhoria na redução da suspensão cirúrgica em um hospital público**. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. Natal, 2021.
- YOUN, S. *et al*. **Adaptive Capacity Planning for Ambulatory Surgery Centers**. SSRN Electronic Journal, 15 out. 2019

A relação entre desigualdade econômica e saúde bucal: perspectivas da odontologia social

Vitor Manoel Costa

Acadêmico do curso de Odontologia da Faculdade Maurício de Nassau – UNINASSAU

Wesley Bezerra do Nascimento

Orientador, Especialista em Infectologia, Professor do curso de Enfermagem da Faculdade Cete – FIC

RESUMO

Questões sociais e econômicas são, na maioria das vezes, os maiores problemas enfrentados no mundo, uma vez que afeta diretamente suas populações de diversas formas. A relação entre a questão econômica e a odontologia é um problema ainda pouco debatido em grande parte das esferas da sociedade, embora seja um dos maiores causadores de problemas odontológicos, uma vez que o nível de educação em saúde bucal pode variar de acordo com o nível socioeconômico da pessoa e pode influenciar diretamente na saúde e bem estar do indivíduo, além de questões sobre gênero, raça e idade. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é mostrar as evidências e problemas sociais como uma importante forma de perceber as origens de problemas odontológicos e também buscar compreender e discutir as causas do porque a população de uma maneira geral, quando menos favorecida financeiramente, maior a tendência a ter problemas bucais. Esta se deu através de uma revisão da literatura narrativa e descritiva, baseado principalmente em levantamento bibliográfico através de base de dados como SciELO e LILACS. Assim, levando em conclusão uma crítica social aberta multifatorial como: falta de acesso, e dificuldade de políticas públicas de alcançar espaço na sociedade necessitada.

Palavras-chave: saúde bucal; odontologia social; condição social.

ABSTRACT

Social and economic issues are often the biggest problems facing the world, as they directly affect their populations in various ways. The relationship between economic issues and dentistry is a problem that is still little debated in most spheres of society, although it is one of the biggest causes of dental problems, since the level of oral health education can vary according to a person's socio-economic level and can directly influence an individual's health and well-being, as well as issues of gender, race and age. Thus, the aim of this study is to show the evidence and social



problems as an important way of understanding the origins of dental problems and also to seek to understand and discuss the causes of why the population in general, when less financially favored, has a greater tendency to have oral problems. This was done through a narrative and descriptive literature review, based mainly on a bibliographic survey using databases such as SciELO and LILACS. Thus, leading to the conclusion of a multifactorial open social criticism such as: lack of access, and difficulty of public policies to reach space in needy society.

Keywords: oral health; social dentistry; social condition.

INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios mundiais está relacionado à desigualdade social, que também se reflete nas questões odontológicas, evidenciando que populações em posição social menos favorecida enfrentam mais dificuldades para alcançar uma saúde bucal de qualidade. A relação entre desigualdade econômica e saúde bucal tem despertado crescente interesse na odontologia social, uma vez que a acessibilidade aos cuidados odontológicos é frequentemente influenciada pela posição socioeconômica dos indivíduos e pelas disparidades financeiras presentes na sociedade (Almeida *et al.*, 2019).

Pessoas com situação financeira favorável tendem a cuidar mais da saúde bucal, buscando orientação odontológica com maior frequência, ao passo que aqueles em situação de pobreza e dependentes do sistema público de saúde enfrentam maior dificuldade no acesso a esses serviços. Estudos evidenciam uma correlação entre baixo status socioeconômico e maior prevalência de doenças bucais, como mau hálito, cárie, cálculo dental, periodontite, e outras (Costa *et al.*, 2020). Essas disparidades refletem-se na menor utilização de serviços odontológicos preventivos e na maior incidência de problemas dentários não tratados.

A odontologia social surge como uma disciplina que busca compreender e enfrentar as causas subjacentes às desigualdades na saúde bucal, promovendo a equidade no acesso aos serviços odontológicos e melhorando os resultados de saúde da população em geral (Kumar *et al.*, 2018). Além da prestação de cuidados clínicos, essa abordagem inclui a defesa por políticas de saúde bucal mais inclusivas e a implementação de programas de educação em saúde.

Este artigo propõe explorar mais profundamente essa relação complexa entre desigualdade econômica e saúde bucal, destacando as perspectivas oferecidas pela odontologia social. Analisando criticamente as evidências existentes e examinando os modelos de intervenção implementados em diferentes contextos socioeconômicos, espera-se fornecer insights valiosos para informar políticas de saúde pública, práticas clínicas e iniciativas de pesquisa voltadas para a redução das disparidades em saúde bucal.

REFERENCIAL TEÓRICO

A relação intrínseca entre desigualdade econômica e saúde bucal tem sido objeto

de crescente interesse, especialmente no contexto da Odontologia Social. Estudos têm apontado para uma conexão complexa e multifacetada entre esses dois domínios, com implicações significativas para a saúde pública e o bem-estar das populações.

É crescente o debate acerca da acessibilidade à odontologia no Brasil e no mundo, haja vista que é uma área ainda vista por muitos como inacessível aos mais pobres. Estudos têm demonstrado consistentemente que indivíduos de baixa renda têm maior probabilidade de sofrer com problemas de saúde bucal, incluindo cárie, doença periodontal e perda dentária (Frazão *et al.*, 2017). Essas disparidades são frequentemente atribuídas a uma série de fatores inter-relacionados, incluindo acesso limitado a serviços odontológicos de qualidade, falta de informação sobre práticas de higiene oral adequadas, dietas desfavoráveis e condições socioeconômicas desfavoráveis (Peres *et al.*, 2019).

A falta de acesso a cuidados odontológicos preventivos pode levar ao agravamento de problemas bucais não tratados, impactando negativamente a qualidade de vida e o bem-estar geral dessas comunidades (Peres *et al.*, 2019). Além disso, a desigualdade econômica pode influenciar os hábitos de saúde bucal, com uma maior prevalência de comportamentos prejudiciais, como tabagismo e consumo excessivo de açúcar, entre indivíduos de baixa renda (Sheiham & Watt, 2000).

Entretanto, sabe-se que é uma visão errônea já que os padrões têm sido quebrados e a odontologia social tem entrado em cena como uma provedora de acesso a serviços de qualidade por um baixo custo e até mesmo gratuito, como é o caso do serviço público oferecido no Brasil.

Em 2004, o governo do Brasil lançou a Política Nacional de Saúde Bucal- Brasil Sorridente, um programa com objetivo de garantir uma série de ações de prevenção e cuidado da saúde bucal da população do país de forma gratuita e que chegue às margens da sociedade, parte essa que mais sofre com a escassez de serviços odontológicos. Desse modo, o governo contribui de forma direta na busca de meios para diminuir as dificuldades de acesso e assim garantir uma melhora na qualidade da saúde oral e de vida das pessoas que não possuem recursos suficientes para um tratamento em ambiente particular.

Todavia, apesar de ser um projeto de grande abrangência, ainda é possível observar regiões em que essa realidade é diferente, como é o caso das áreas mais periféricas e mais isoladas onde a precariedade toma conta dos ambientes de atendimentos, falta de recursos e de materiais são os principais problemas enfrentados pela população e pelos profissionais odontológicos.

Concomitantemente a isso, ao analisar a realidade de grande das pessoas que estão enquadradas como baixa renda ou de baixa classe social, compreende-se que a multifatorialidade que leva aos problemas de saúde bucal, estão em maioria ligados à questão econômica da comunidade a qual se está inserido.

A condição socioeconômica também está associada a desigualdades no acesso a benefícios de saúde, como planos de seguro odontológico. Muitas vezes, esses planos não são acessíveis ou inclusivos para pessoas de baixa renda, o que limita ainda mais seu acesso a cuidados odontológicos preventivos e tratamento de problemas dentários (Listl *et al.*, 2015).

A falta de recursos financeiros pode levar as pessoas a deixarem de lado sua saúde para buscar meios de conseguir manter-se no dia a dia. Assim, as idas ao dentista sequer entram como opção, sendo inserida apenas quando o problema deixa de ser apenas incômodo e passa a ser doloroso, levando a pessoa a procurar o profissional que quando não do sistema público, será possivelmente o de menor custo, haja vista, sua situação econômica vigente. Percebe-se assim que a desigualdade social influencia diversas esferas da sociedade, em especial a saúde, que deixará de ser prioridade para ser último caso.

Outrossim, a falta de orientação e educação tanto sobre a saúde bucal e a higiene oral, são importantes de fatores que pode ser decorrentes da condição social, uma vez que o acesso à informação é ainda mais limitado nesses grupos sociais, o que contribui para a grande quantidade de problemas odontológicos decorrentes da má ou falta de higienização adequada da região da cavidade oral.

Além disso, estudos têm demonstrado que a desigualdade econômica pode afetar a saúde bucal de maneiras indiretas, como através do estresse crônico. Indivíduos de baixa renda enfrentam frequentemente níveis mais altos de estresse devido a preocupações financeiras e dificuldades sociais, o que pode contribuir para o desenvolvimento de problemas bucais, como bruxismo e doença periodontal (Vargas *et al.*, 2018).

Salienta-se também problemas como periodontite, cáries avançadas e acúmulo de placa bacteriana são comumente encontradas nessas pessoas. A higienização correta e a situação social do indivíduo possuem uma relação pouco debatida e compreendida, tendo como ponto principal a ignorância da sociedade acerca de problemas que acometem os menos favorecidos.

Essa relação pode ser vista ao se analisar os padrões comportamentais dessas pessoas que estão às margens da sociedade, onde se torna mais difícil o acesso a orientações de como deve ser feita sua higiene oral corretamente, e principalmente, o acesso a produtos básicos para a realização de uma simples escovação, como escova e creme dental.

Nesse sentido, de acordo com Pinto (1992, p. 115), pessoas com uma renda menor possuem índices mais elevados de casos de doença periodontal. Evidencia-se assim, mais uma vez, a relação entre fatores econômicos e sociais e determinadas doenças bucais as quais também estão em relação com a dificuldade de acesso a serviços básicos de odontologia, advindos principalmente da condição social.

Um fator importante a ser levado em consideração é a qualidade de vida que a pessoa possui, uma vez que fatores como qualidade da alimentação, moradia, saneamento e grau de instrução podem influenciar a qualidade da saúde tendo em vista uma maior exposição a fatores de risco (alimentação cariogênica, tabagismo, etilismo e precárias condições de higiene).

Medidas simples como orientação sobre a melhora na higienização, procedimentos de limpeza e restauração são muitas vezes inacessíveis a essas pessoas, seja em decorrência da sua localização, fator social ou econômico, mostrando assim, a necessidade de medidas que visem aproximar a assistência odontológica a esses grupos.

Outras medidas como ações de saúde nas comunidades rurais e periféricas, onde não há presença de unidades básicas de saúde que são as grandes aliadas da odontologia social, buscando levar até os mais carentes uma assistência gratuita e de qualidade. Além de proporcionar momentos educativos com profissionais qualificados visando o ensino de uma técnica de higiene correta.

A inacessibilidade a serviços de assistência particular como planos odontológicos e clínicas particulares é um dos pontos que também contribuem para a segregação dessas pessoas, tendo como base o fato de as pessoas que não possuem recursos para serem atendidos no particular terem que recorrer ao serviço público, que com uma alta demanda não consegue por muitas vezes, atender aos pacientes com a eficiência que deveria, causando uma longa fila de espera e inacessibilidade.

Nessa perspectiva, compreende-se a necessidade uma análise mais aprofundada das relações entre a saúde bucal e a condição socioeconômica da população, buscando trazer novas visões e meios para diminuir a desigualdade do acesso à odontologia. Desse modo, sugere-se que um problema que perdura a tanto tempo e que ainda seja tão pouco debatido, não esteja na mira dos interesses por se tratar de pessoas que estão às margens da sociedade e que mesmo contribuindo significativamente para seu desenvolvimento, não são vistos com a importância necessária a ponto de serem lembradas na hora da prevenção das doenças e por vezes, nem mesmo no tratamento.

Assim, percebe-se a urgência no debate e ações que visem o melhoramento, acolhimento e cuidado dessas comunidades que carecem de assistência em saúde bucal. Em suma, a desigualdade econômica desempenha um papel significativo na saúde bucal das populações, influenciando o acesso a serviços odontológicos, hábitos de saúde bucal e a ocorrência de doenças bucais. Abordar essas disparidades requer políticas públicas e intervenções que visem promover o acesso igualitário a cuidados odontológicos de qualidade e melhorar as condições socioeconômicas das comunidades carentes.

METODOLOGIA

O referido estudo trata-se de uma revisão da literatura narrativa e descritiva, baseado principalmente em levantamento bibliográfico, assim, a escolha desse tipo de estudo se deu pelo intuito de descrever e discutir o papel do odontólogo e a discussão da relação entre desigualdade econômica e saúde bucal.

O percurso metodológico segue os pressupostos descritos por Gil (2017), os quais são divididos em cinco etapas: 1) identificação do tema; 2) busca nas bases de dados; 3) fichamento e análise dos artigos, nesta etapa será realizada uma síntese dos principais achados; 4) discussão dos resultados; 5) apresentação da revisão da literatura.

Utilizou-se bases de dados e bibliotecas online, como Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: Saúde bucal, condição social e odontologia social. Para inclusão não se levou em conta o período, pois a pesquisa tem caráter atemporal e por não conter registros mais atuais, sendo escolhidos 11 (onze) artigos

que contribuíram com a temática.

A exclusão relacionou artigos que não se articularam com os principais aspectos do tema proposto. Assim, diante dos artigos selecionados, realizou-se a análise, síntese e junção das temáticas, com o objetivo de descrever os resultados encontrados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Mediante os descritores utilizados neste trabalho, que foram: 1) Saúde Bucal; 2) Odontologia; 3) Odontologia Social; 4) Desigualdade econômica; foram encontradas aproximadamente 33 (trinta e três) produções nas plataformas de pesquisa, das quais foram selecionadas 11 (onze), referentes ao tema estudado, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão mencionados na metodologia. Esses onze artigos foram organizados e dispostos no quadro a seguir:

Quadro 1- Características e principais resultados.

AUTOR E ANO	TÍTULO	RESULTADOS
Silva <i>et al.</i> (2015)	As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras.	Obteve-se como resultado após a análise, uma nova perspectiva de que apesar de a qualidade de vida ter melhorado em relação aos anos anteriores, a situação econômica ainda influencia na saúde bucal das pessoas, em especial em crianças de 10 anos, onde se percebeu uma prevalência maior de cárie.
Passos <i>et al.</i> (2011)	Condições de vida e saúde bucal: uma abordagem teórico-conceitual das desigualdades sociais.	Entendeu-se que para ter uma boa saúde bucal, deve-se possuir um padrão de vida digno com acesso a serviços básicos como alimentação, moradia e condições de trabalho além disso, a desigualdade em saúde ainda é um assunto pouco estudado e que necessita de um maior foco.
Lorena Sobrinho, José Eudes de. (2014)	Das bocas famintas às sorridentes: Uma análise da política nacional de saúde bucal do Brasil.	Com o estudo foi possível fazer uma análise mais precisa das regiões que estão em maior vulnerabilidade social e assim fazer a relação entre a situação econômica e saúde bucal e suas questões. Percebeu-se o impacto e importância da implementação de programas do governo, os quais trouxeram benefícios à população, tirando sua fome e ampliando o acesso a serviços de saúde. Entretanto, ainda persistem muitos desafios que devem ser debatidos e combatidos
Boing <i>et al.</i> (2005)	Estratificação socioeconômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90.	Foi possível perceber a falta de estudos que relacionam a condição socioeconômica à doença de cárie e a periodontia. Esses estudos podem ser usados para uma análise social de como pessoas com uma condição econômica menos favorável podem ter um risco maior de possuir tais doenças. Além disso, observou-se uma quantidade maior de estudos sobre o assunto no Brasil em relação a outros países.
Dourado Martins <i>et al.</i> (2014)	Determinantes sociais de saúde e a ocorrência de câncer oral: uma revisão sistemática de literatura.	O câncer oral é um dos mais incidentes no mundo e possui diversos fatores como, tabagismo e etilismo, entretanto um pouco falado é a condição socioeconômica e que possui grande influência sobre a prevalência da doença, uma vez que é mais prevalente em países menos desenvolvidos e ainda, em pessoas com uma condição social inferior. Fica evidente a necessidade de mais debates acerca do assunto.
Santos, Beatriz Ferraz dos. (2011)	Percepção e atitudes de estudantes de odontologia sobre a pobreza.	O estudo foi realizado com a intenção de explicitar o entendimento de alunos de odontologia sobre como a pobreza pode influenciar em seus futuros pacientes. De acordo com isso, o estudo demonstrou que parte desses alunos tem como foco principal sua formação em especialista antes de atender às necessidades da comunidade. Além disso, o estudo ainda demonstrou que os alunos pretendem atender tanto no serviço privado quanto no público, mostrando interesse futuro em atender a comunidade a sua própria realização profissional.

AUTOR E ANO	TÍTULO	RESULTADOS
Noro <i>et al.</i> (2009)	Incidência de cárie dentária em adolescentes em município do Nordeste brasileiro, 2006.	O estudo demonstrou a incidência de cárie em adolescentes relacionando-a com a condição socioeconômica da pessoa. Constatou-se que variáveis independentes como alimentação e acesso às unidades de saúde tinham influência, uma vez que alunos que comiam a merenda escolar todos os dias tinham uma prevalência maior de cárie enquanto os que tinham acesso às unidades básicas de saúde regularmente possuíam menor incidência de cárie.
Borges <i>et al.</i> (2009)	Mortalidade por câncer de boca e condição socioeconômica no Brasil.	O estudo foi realizado com o intuito de relacionar a mortalidade por câncer de boca e questões socioeconômicas, obtendo como resultado uma relação precisa entre a condição social em diferentes regiões do país e observando que pessoas que estão em regiões de menor índice de desenvolvimento possuem mais contato com fatores de risco e apresentam maior risco de mortalidade pela doença. Porém, é enfatizado a realização de novos estudos para melhores entendimentos e resultados.
Marotti, Mirtes; Alcântara, Soraya B de. (1989)	Influência da raça, sexo, idade e faixa salarial na experiência de cárie em indivíduos que procuraram o serviço de atendimento odontológico da FO/UFRGS.	Foi realizado o estudo em busca de compreender a relação entre a cárie e questões como raça, sexo, idade e faixa salarial. Observou-se que com o aumento de nível social, aumentava a importância com a aparência dos dentes, além disso, a incidência de cárie pôde ser observada com maior número em pessoas de baixa faixa salarial, enquanto os da faixa A possuíam maior acesso odontológico ademais, a prevalência de cárie era maior em mulheres, brancos e pessoas com idade entre 12 e 15 anos.
Moreira <i>et al.</i> (1998)	Perfil dos pacientes submetidos a exodontia na Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp.	Tendo como objetivo analisar o perfil dos pacientes que foram submetidos a exodontia de algum dente e suas causas, o estudo constatou que grande parte perdeu o dente por conta da cárie dental e que não buscaram a reabilitação do elemento anteriormente, o que pode ser sugestivo de um perfil socioeconômico baixo e que tinham como objetivo após o procedimento o uso de prótese, demonstrando desinteresse em buscar meios de evitar a exodontia.
Gonçalves, Letícia Gomes. (2011)	Associação entre perda dentária e desigualdades relacionadas à cor da pele em adultos: resultados do estudo pró-saúde.	O estudo foi realizado com o intuito de analisar a relação entre a perda dentária e a cor da pele, bem como a condição de vida e obteve-se como resultado a informação de maior incidência de perda dentária entre negros se comparado aos pardos e brancos. Ademais, demonstrou que não houve relação entre a perda dentária e a discriminação racial, entretanto a mesma pode interferir nas chances de ascensão social e condição de vida, devendo ser um importante objeto de estudos.

Fonte: Autores (2024).

Fica evidente após a pesquisa bibliográfica que há inúmeras circunstâncias que remetem a falta de cuidado e higiene bucal, por exemplo: questões étnico-raciais, sociais, gênero, região e localização, idade. Foi possível referenciar esses diversos pontos acerca de problemas que se relacionam. Tais como:

Acesso aos cuidados de saúde bucal: Pessoas de baixa renda podem ter acesso limitado a serviços odontológicos de qualidade devido a barreiras financeiras. Isso pode resultar em menor frequência de visitas ao dentista, falta de tratamento preventivo e tratamento tardio de problemas dentários.

Hábitos de saúde bucal: Indivíduos de baixa renda podem não ter acesso a informações e recursos educacionais sobre práticas adequadas de higiene bucal. Além disso, dietas de baixa qualidade associadas à pobreza podem aumentar o risco de cárie dentária e outras doenças bucais.

Condições socioeconômicas e estresse: A desigualdade econômica pode levar a níveis mais altos de estresse entre os grupos de baixa renda, o que por sua vez pode afetar negativamente a saúde bucal. O estresse crônico está associado a problemas como bruxismo, gengivite e doença periodontal.

Ambiente e qualidade de vida: Condições de vida precárias, como habitação inadequada e falta de acesso à água potável e saneamento básico, podem contribuir para problemas de saúde bucal, como cárie, doença periodontal e infecções.

Desigualdade no acesso a benefícios de saúde: Planos de seguro odontológico podem não ser acessíveis e inclusivos para pessoas de baixa renda, o que limita ainda mais seu acesso a cuidados odontológicos preventivos e tratamento de problemas dentários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa perspectiva, compreende-se que ainda perdura uma grande disparidade na sociedade principalmente financeira. Assim, devem-se ter estratégias para que tal cenário possa ser minimizado. A odontologia necessita cada vez mais abranger e abraçar as necessidades de populações de risco (social e econômico) em todos os aspectos já supracitados, deve-se desenvolver uma análise mais aprofundada das relações entre a saúde bucal e a condição socioeconômica da população, buscando trazer novas visões e meios para diminuir a desigualdade do acesso à odontologia.

Com o estudo, fica evidente que um problema que perdura a tanto tempo e que ainda seja tão pouco debatido, não esteja na mira dos interesses por se tratar de pessoas que estão às margens da sociedade e que mesmo contribuindo significativamente para seu desenvolvimento, não são vistos com a importância necessária a ponto de serem lembradas na hora da prevenção das doenças e por vezes, nem mesmo no tratamento. Assim, percebe-se a urgência no debate, pesquisa e ações que visem o melhoramento, acolhimento e cuidado dessas comunidades que carecem de assistência em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

Almeida, G. F. de, Celeste, R. K., & Pereira, R. A. (2019). Desigualdades sociais na prevalência de cárie dentária e doença periodontal no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), e00106518.

Costa, S. M. da, Abreu, M. H. N. G. de, & Vasconcelos, M. de M. C. (2020). Iniquidades em saúde bucal entre adultos: uma análise multinível. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1491-1502.

Kumar, S., Kroon, J., Lalloo, R., & Johnson, N. W. (2018). Equity in oral health service utilization among Australian adults over 45 years old: findings from a nationally representative study. *BMC Public Health*, 18(1), 1-8.

Gil, R. L. Tipos de pesquisa. 2017. Disponível em: <https://estatisticabel.files.wordpress.com/2017/03/tipos-de-pesquisa.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

Silva, Janmille Valdivino da; Machado, Flávia Christiane de Azevedo; Ferreira, Maria Angela Fernandes. - As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras - Social Inequalities and the Oral health in Brazilian Capitals - Ciênc. Saúde Colet. (Impr.);20(8): 2539-2548, ago. 2015. tab

Dourado Martins, Joana; Oliveira Mascarenhas Andrade, Jarielle; Souza Freitas, Valéria; de Araújo, Tânia Maria. - [Social determinants of health and the occurrence of oral cancer: a systematic literature review]. - Determinantes sociais de saúde e a ocorrência de câncer oral: uma revisão sistemática de literatura. - Rev Salud Publica (Bogota);16(5): 786-98, 2014.

Lorena Sobrinho, José Eudes de. - Das bocas famintas às sorridentes: uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil - Of hungry mouths to smiling: a Brazilian Oral Health National Policy Analysis - Recife; s.n; 2014. 225 p. ilus, graf, tab, ^c30 cm.

Silva, Janmille Valdivino da. - Relação das condições socioeconômicas com as condições de saúde bucal em capitais brasileiras - Relationship of socioeconomic status with oral health status in Brazilian capitals - Natal; s.n; dez. 2012. 67 p. (BR).

Passos, Johelle de Santana; Araújo, Tania Maria; Gomes Filho, Isaac Suzart; Cruz, Simone Seixas da. - Condições de vida e saúde bucal: uma abordagem teórico-conceitual das desigualdades sociais - Life conditions and oral health: a theoretic conceptual approach of social inequalities - Condiciones de vida y salud bucal: una aproximación conceptual-teoria de las desigualdades sociales - Rev. baiana saúde pública;35(Supl 1)jan-jun. 2011.

Santos, Beatriz Ferraz dos. - Percepção e atitudes de estudantes de odontologia sobre a pobreza - Perceptions and attitudes of dental students towards poverty - Araraquara; s.n; 2011. 100 p. tab.

Gonçalves, Letícia Gomes. - Associação entre perda dentária e desigualdades relacionadas à cor da pele em adultos: resultados do estudo pró-saúde - Association between tooth loss and skin colour inequalities among adults: results from the Pro-Saude Study - Porto Alegre; s.n; 2011. 73 p. tab, ilus.

Noro, Luiz Roberto Augusto; Roncalli, Angelo Giuseppe; Mendes Júnior, Francisco Ivan Rodrigues; Lima, Kenio Costa. - Incidência de cárie dentária em adolescentes em município do Nordeste brasileiro, 2006 - Dental caries incidence in adolescents in a city Northeast Brazil, 2006 - Cad. saúde pública;25(4): 783-790, abr. 2009. graf, tab

Borges, Danielle Muniz de Lira; Sena, Marina Fernandes de; Ferreira, Maria Angela Fernandes; Roncalli, Angelo Giuseppe. - Mortalidade por câncer de boca e condição socioeconômica no Brasil - Mortality for oral cancer and socioeconomic status in Brazil - Cad. saúde pública;25(2): 321-327, fev. 2009. tab

Boing, Antonio Fernando; Peres, Marco Aurélio; Kovalski, Douglas Francisco; Zange, Sabrina Elisa; Antunes, José Leopoldo Ferreira. - Estratificação socioeconômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90 - Social stratification in epidemiological studies of dental caries and periodontal diseases: a profile of the scientific literature in the 1990s - Cad. saúde pública;21(3): 673-678, maio-jun. 2005. tab

Moreira, Roger William Fernandes; Moraes, Márcio de; Mazzonetto, Renato; Tempesta, Cristiana Aparecida; Tamashiro, Luciana Naomi; Shinohara, Mirela Sanae. - Perfil dos pacientes submetidos a exodontia na Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp - Profile of patients who had

been submitted to dental extraction in the Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp - RFO UPF;3(2): 33-9, jul.-dez. 1998. tab, graf

Pinto, Vitor Gomes. - A questão epidemiológica e a capacidade de resposta dos serviços de saúde bucal no Brasil - Epidemiological question and capability of the oral health services in Brasil - s.l; s.n; 1992. <243> p. tab.

Marotti, Mirtes; Alcântara, Soraya B de. - Influência da raça, sexo, idade e faixa salarial na experiência de cárie em indivíduos que procuraram o serviço de atendimento odontológico da FO/UFRGS - Influence of race, sex, age and wages in occurrence of carie in people that looked for the odontologic service of FO/UFRGS (Odontology School, Federal University of Rio Grande do Sul) - Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre;29(28/29): 41-47, jun.-jul. 1989. tab

Frazão, P., Narvai, P. C., & Roncalli, A. G. (2017). Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 30 anos de lutas por uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1691-1706.

Peres, M. A., Macpherson, L. M., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., ... & Listl, S. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249-260.

Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community dentistry and oral epidemiology*, 28(6), 399-406.

Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. A., Marcenes, W., & Watt, R. G. (2015). Global economic impact of dental diseases. *Journal of Dental Research*, 94(10), 1355-1361.

Vargas, C. M., Dye, B. A., & Hayes, K. L. (2018). Oral health care utilization by US rural residents, National Health Interview Survey 2013. *The Journal of Rural Health*, 34(2), 177-186.

Promoção e prevenção em saúde mental na infância: implicações educacionais

Suênia Lima Siqueira Silva

Acadêmica do 7 período do curso de Enfermagem da Universidade Paulista – UNIP

Wesley Bezerra do Nascimento

Orientador, Especialista em Infectologia, Professor do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada Cete – FIC

RESUMO

Este estudo aborda a importância da promoção e prevenção em saúde mental na infância, com foco nas implicações educacionais. Destaca-se a necessidade de intervenções precoces para o bem-estar emocional e psicológico das crianças, considerando fatores de risco e proteção. A escola desempenha um papel crucial na promoção da saúde mental, através de programas de educação socioemocional e parcerias com pais e comunidade. Estratégias eficazes incluem intervenções familiares e terapia cognitivo-comportamental. Para a elaboração do presente trabalho foram utilizadas metodologias de cunho qualitativo, o método exploratório e a técnica revisão de literatura e os dados foram obtidos por meio de bases eletrônicas como LILACS, BVS, SCIELO. Concluindo-se que apesar dos desafios, há oportunidades para promover ambientes de apoio e resiliência para todas as crianças, colaborando entre profissionais de saúde, educadores e comunidade.

Palavras-chave: saúde mental; educação em enfermagem; infância.

ABSTRACT

This study addresses the importance of mental health promotion and prevention in childhood, focusing on educational implications. The need for early interventions for the emotional and psychological well-being of children is highlighted, considering risk and protective factors. The school plays a crucial role in promoting mental health, through socio-emotional education programs and partnerships with parents and the community. Effective strategies include family interventions and cognitive behavioral therapy. To prepare this work, qualitative methodologies were used, the exploratory method and the literature review technique and the data were obtained through electronic databases such as LILACS, VHL, SCIELO. Concluding that despite the challenges, there are opportunities to promote supportive and resilient environments for all children, collaborating between health professionals, educators and the community.

Keywords: mental health; nursing education; childhood.



INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a promoção e prevenção em saúde mental na infância têm sido temas de crescente interesse e preocupação na comunidade acadêmica e profissional. Compreender e intervir precocemente nos aspectos relacionados à saúde mental das crianças não apenas promove seu bem-estar emocional e social, mas também contribui para um desenvolvimento saudável ao longo da vida. Neste contexto, este trabalho se propõe a explorar as implicações educacionais da promoção e prevenção em saúde mental na infância, destacando a importância da escola como um ambiente privilegiado para o desenvolvimento de estratégias eficazes.

Para compreender a importância da promoção e prevenção em saúde mental na infância, é fundamental primeiro definir o que se entende por saúde mental e como ela se manifesta nessa fase da vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde mental como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de maneira produtiva e frutífera, e contribuir para sua comunidade” (OMS, 2005). Essa definição ressalta a importância não apenas da ausência de doença mental, mas também do desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e resiliência diante dos desafios cotidianos.

Durante a infância, o desenvolvimento da saúde mental está intrinsecamente ligado a uma série de fatores, incluindo o ambiente familiar, social e educacional. As experiências vivenciadas nessa fase da vida têm o potencial de moldar a saúde mental das crianças e influenciar seu futuro desenvolvimento. Portanto, estratégias de promoção e prevenção em saúde mental na infância visam não apenas intervir em problemas específicos, mas também criar ambientes favoráveis ao crescimento saudável e ao desenvolvimento de habilidades socioemocionais.

A escola desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental das crianças, uma vez que é um ambiente onde passam a maior parte do seu tempo durante a infância e a adolescência. Além de fornecer educação acadêmica, a escola também desempenha um papel crucial no desenvolvimento social e emocional dos alunos. Portanto, é essencial que as escolas adotem uma abordagem holística para a promoção da saúde mental, integrando estratégias de apoio emocional, desenvolvimento de habilidades socioemocionais e prevenção de problemas de saúde mental.

Neste contexto, este trabalho se propõe a explorar as implicações educacionais da promoção e prevenção em saúde mental na infância, examinando as diferentes estratégias e intervenções que podem ser implementadas no ambiente escolar. Serão analisadas evidências científicas sobre a eficácia dessas intervenções, bem como os desafios e oportunidades associados à sua implementação. Ao destacar a importância da escola como um agente de promoção da saúde mental, este trabalho busca contribuir para o desenvolvimento de políticas e práticas educacionais que promovam o bem-estar integral das crianças.

Em suma, a promoção e prevenção em saúde mental na infância são fundamentais para garantir o desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes. A escola desempenha um papel central nesse processo, fornecendo um ambiente propício para o desenvolvimento

de estratégias eficazes de promoção da saúde mental. Ao integrar essas estratégias ao currículo escolar e às práticas pedagógicas, é possível criar ambientes educacionais mais inclusivos e acolhedores, que promovam o bem-estar emocional e social dos alunos e este estudo visa buscar compreender e analisar as implicancias existentes nesse contexto que possa prejudicar a saúde mental dos estudantes.

MÉTODOS

Para a elaboração do presente trabalho foram utilizadas metodologias de cunho qualitativo, o método exploratório e a técnica revisão de literatura e os dados foram obtidos por meio de bases eletrônicas como LILACS, BVS, SCIELO. Os critérios de inclusão envolveram artigos em língua portuguesa, publicados no período entre 2008 e 2019 e que priorizassem as palavras chaves definidas no resumo do estudo utilizando os descritores: Educação em Enfermagem, Saúde Mental, Enfermagem e Saúde Mental. Dentre os artigos selecionados 12 estavam apropriados a pesquisa. O trabalho foi desenvolvido em conformidade com as normas técnicas e de formatação da ABNT.

REFERENCIAL TEÓRICO

A promoção e prevenção em saúde mental na infância são temas de grande relevância e interesse no campo da psicologia e da educação. Este referencial teórico busca fornecer uma visão abrangente sobre o assunto, explorando conceitos-chave, teorias, evidências empíricas e práticas relacionadas à promoção do bem-estar emocional e psicológico das crianças, com foco nas implicações educacionais.

Conceitos fundamentais

Para compreender a promoção e prevenção em saúde mental na infância, é fundamental estabelecer conceitos-chave. A saúde mental é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza suas habilidades, lida com o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e contribui para a sua comunidade” (Organização Mundial de Saúde, 2005). Na infância, a saúde mental engloba aspectos emocionais, sociais e cognitivos que influenciam o desenvolvimento saudável das crianças.

A promoção da saúde mental refere-se às ações que visam fortalecer fatores protetores e promover o bem-estar psicológico, enquanto a prevenção busca identificar e intervir precocemente em fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento de problemas de saúde mental (Organização Mundial de Saúde, 2004). Ambas as abordagens são essenciais para garantir o desenvolvimento saudável das crianças e prevenir a ocorrência de transtornos mentais ao longo da vida.

Fatores de risco e proteção

Uma compreensão abrangente dos fatores de risco e proteção é fundamental para o desenvolvimento de estratégias eficazes de promoção e prevenção em saúde mental na infância. Fatores de risco incluem experiências adversas na infância, como abuso, negligência, instabilidade familiar, pobreza e exposição à violência (Luthar *et al.*, 2015). Por outro lado, fatores de proteção são características ou circunstâncias que promovem a resiliência e o bem-estar das crianças, como apoio familiar, redes de suporte social, autoestima e habilidades de enfrentamento (Masten & Barnes, 2018).

Desenvolvimento socioemocional na infância

O desenvolvimento socioemocional na infância é um aspecto crucial da saúde mental das crianças. Durante os primeiros anos de vida, as crianças aprendem a reconhecer e regular suas emoções, estabelecer relacionamentos interpessoais e desenvolver habilidades sociais e cognitivas fundamentais (Eisenberg *et al.*, 2015). Um ambiente familiar e escolar seguro, estável e acolhedor é essencial para promover o desenvolvimento saudável das crianças e prevenir problemas de saúde mental.

Papel da escola na promoção da saúde mental

A escola desempenha um papel central na promoção da saúde mental das crianças, fornecendo um ambiente propício para o desenvolvimento socioemocional e psicológico. Estratégias eficazes de promoção da saúde mental na escola incluem programas de educação socioemocional, apoio psicológico e psicossocial, intervenções baseadas em evidências e parcerias com pais e comunidade (Greenberg *et al.*, 2017). Além disso, a criação de um clima escolar positivo e inclusivo é fundamental para promover o bem-estar de todos os alunos.

Intervenções efetivas

Diversas intervenções têm sido desenvolvidas e implementadas para promover o bem-estar emocional e psicológico das crianças e prevenir problemas de saúde mental. Programas de habilidades sociais e emocionais, intervenções familiares, terapia cognitivo-comportamental e abordagens baseadas em resiliência são exemplos de intervenções eficazes que podem ser implementadas na escola e na comunidade (Weare & Nind, 2011). É importante que essas intervenções sejam adaptadas às necessidades específicas das crianças e baseadas em evidências científicas.

Desafios e oportunidades

Apesar dos avanços na promoção da saúde mental na infância, ainda existem desafios significativos a serem enfrentados. A falta de recursos, a estigmatização em torno dos problemas de saúde mental e a falta de acesso a serviços adequados são alguns dos obstáculos que impedem a implementação eficaz de estratégias de promoção e prevenção (Patel *et al.*, 2018). No entanto, há também oportunidades para promover a colaboração entre profissionais de saúde, educadores, pais e comunidade, visando criar ambientes de apoio e resiliência para todas as crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção e prevenção em saúde mental na infância são fundamentais para garantir o desenvolvimento saudável das crianças e prevenir problemas de saúde mental ao longo da vida. A escola desempenha um papel crucial nesse processo, fornecendo um ambiente propício para o desenvolvimento socioemocional e psicológico das crianças.

Estratégias eficazes de promoção da saúde mental na escola incluem programas de educação socioemocional, apoio psicológico e psicossocial, intervenções baseadas em evidências e parcerias com pais e comunidade. No entanto, é importante reconhecer que ainda existem desafios significativos a serem enfrentados na implementação dessas estratégias, e que é necessária uma abordagem integrada e colaborativa para promover o bem-estar de todas as crianças.

REFERÊNCIAS

- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Knafo-Noam, A. (2015). Prosocial development. In M. E. Lamb & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology and developmental science* (Vol. 3, pp. 610-656). John Wiley & Sons.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2017). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention Science*, 18(6), 1-12.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2015). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 1-19.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Promoção da saúde mental: Conceitos, emergência de evidências, soluções e ação*. Genebra: OMS.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2018). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(Suppl 1), i29-i69.
- World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Geneva: Author.

Organizadores

Daniel Fernando Ribeiro

Enfermeiro formado pela faculdade de Pato Branco – (FADEP). Pós-graduação Urgência, Emergência e Atendimento Pré – hospitalar – UNIAMERICA. Pós-graduação Enfermagem em Urgências e Emergências em Pediatria e Neonatologia – Univitéria. Pós-graduação Enfermagem em UTI – Univitéria. Curso de Extensão NHCPS PALS – Postgraduate Institute for Medicine, Englewood. Curso de Extensão Pré Hospitalar Trauma Life Support (Phtls). Curso de Extensão Suporte Avançado De Vida Em Cardiologia – Univitéria e AHA. Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental – MS e SAMU DF. Curso de Extensão – APH de combate – Marc1 para equipes de socorristas, Polícia Civil do Paraná. Curso de Extensão Transporte Aeromédico – IESSP. Instrutor do Núcleo de Educação Itinerante NEI – SAMU 192. Instrutor Stop The Bleed. Instrutor Instituto INTAPH.

Adriano Mesquita Soares

Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR/PG, linha pesquisa em Gestão do Conhecimento e Inovação e Grupo de pesquisa em Gestão da Transferência de Tecnologia (GTT). Possui MBA em Gestão Financeira e Controladoria pelo Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais onde se graduou em Administração de Empresas (2008). É professor no ensino superior, ministrando aulas no curso de Administração da Faculdade Sagrada Família – FASF. É editor chefe na AYA Editora.

Índice Remissivo

A

abordagem 15, 26, 51, 54, 55, 56, 62, 66, 86, 88, 90, 91, 107, 132, 137, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 162, 165, 170, 172, 176, 179, 182, 185
absorção de nutrientes 26, 29
adversidade 129, 132, 134
agendamento cirúrgico 160, 161, 162, 166, 167, 168, 169
alucinações 12, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24
ambiente escolar 107, 182
ambientes educacionais 96
análise de dados 37
assistência 54, 56, 60, 62, 63, 73, 76, 84, 86, 109, 112, 113, 114, 117, 120, 121, 126, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145
assistência médica 147, 149, 151, 156
assistência social 54, 56, 60, 62
assistência social; 86

C

centro cirúrgico 160, 161, 162, 164, 165, 167, 168, 169, 170
competitiva 129, 133
condição social 54, 60, 171, 174, 175, 176, 177
condições éticas 86, 88, 92
conhecimento 15, 37, 38, 42, 44, 51, 95, 98, 99, 109, 111, 112, 113, 115, 117, 123, 124
contemporaneidade 41, 42
crítica social 171

D

delírios 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24
desafios éticos 147, 149, 156
desenvolvimento 13, 20, 24, 32, 34, 38, 39, 43, 50, 58, 67, 70, 74, 82, 96, 97, 99, 100, 102, 105, 106, 107, 112, 114, 128, 131, 135, 141, 143, 150, 157, 174, 175, 177, 178, 182, 183, 184, 185
desigualdade econômica 171, 172, 173, 174, 175, 178
diagnóstico 13, 14, 15, 24, 26
doença periodontal 173, 174, 178

E

educação 59, 60, 73, 94, 102, 107, 112, 118, 119, 120, 125, 126, 140, 142, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 157, 166, 168, 171, 172, 174, 181, 182, 183, 184, 185
educação em enfermagem 181
emocional 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136
enfermagem 59, 65, 95, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 118, 119, 120, 121, 126, 127, 128, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145
enfermeiro 109, 111, 112, 113, 114, 118, 120, 121, 124, 125, 126, 127, 128, 137, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170
epidemiologia 66
esquizofrenia 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25
estética 41, 42, 43, 44, 46, 50, 51, 52
estratégias 12, 14, 15, 20, 24, 38, 39, 58, 61, 62, 63, 64, 65, 76, 77, 84, 96, 107, 110, 117, 126, 128, 131, 141, 142, 145, 157, 163, 164, 165, 167, 170, 178, 182, 183, 184, 185
experiência educacional 96

F

fatores de risco 37, 38, 39
financeiramente 93, 171

G

gestante 79
gestão do serviço 161

H

habilidade 112, 129, 130, 131, 133, 134
habilidades sensoriais 96
hábitos 23, 38, 115, 173, 175

I

inclusão 15, 27, 56, 57
inclusivas 102, 107, 172
inclusivos 96
inovação em saúde 149
insuficiência intestinal 26, 27, 30, 32, 33, 34
inteligência 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135
inteligência emocional 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135
interação social 97
intercorrências 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 51
investigação da eficiência 37

L

longo da vida 182, 183, 185

M

minimização 55, 56
mortalidade infantil 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74

N

nutrição parenteral 26, 27, 31, 32, 33

O

odontologia social 171, 172, 173, 175
odontológicos 171, 172, 173, 174, 175, 177, 178

P

paciente 28, 29, 31, 32, 34, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 109, 111, 112, 113, 120, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 150, 153, 154, 157

paranoide 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24
política 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64
políticas públicas 34, 58, 64, 73, 105, 171, 175
práticas educacionais 102, 182
pré-hospitalar 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144,
145, 146
pré-natal 72, 73, 74, 77, 79, 80
prevalência 37, 38, 39, 40
problemas bucais 171, 173, 174
procedimentos cirúrgicos 32, 161
processo de ensino-aprendizagem 96
processo de otimização 162
processo de qualidade 138
profissionais de saúde 14, 60, 61, 73, 77, 83, 96, 107,
127, 141, 142, 143, 148, 149, 153, 155, 156, 157,
181, 184

Q

qualidade no cuidado prestado 76

R

redução de danos 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63,
64, 65
rejuvenescimento 41, 42, 45, 50, 51
resiliência 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136

S

saudável 130, 131, 132, 182, 183, 184, 185
saúde 14, 20, 24, 34, 38, 40, 46, 49, 54, 55, 56, 58, 59,
60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74,
75, 76, 77, 79, 80, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 92, 93, 94,
96, 104, 105, 107, 110, 111, 112, 113, 114, 116,
117, 119, 120, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129,
131, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 143,
144, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155,
156, 157, 158, 161, 169, 171, 172, 173, 174, 175,
176, 177, 178, 179, 180
saúde bucal 80, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177,
178, 179, 180
saúde do trabalhador 86, 94
saúde mental 14, 20, 58, 104, 105, 129, 181, 182, 183,

184, 185
saúde preventiva 148, 149
saúde pública 38, 55, 66, 68, 70, 74
segurança 43, 46, 60, 73, 86, 92, 94, 109, 111, 117,
119, 120, 122, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143,
144, 145, 146
serviço 80, 81, 83, 90, 92, 109, 111, 112, 113, 119, 126,
127
serviço do hospital 138
serviço prestado 111, 138, 139, 142, 143, 144
serviço público 173, 175
serviços 54, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64
serviços de saúde 54, 56, 58, 60, 62, 63, 66, 67, 68, 72,
73, 75, 84, 139, 143, 147, 148, 149, 151, 152, 154,
156
serviços odontológicos 172, 173, 175, 177
serviços preventivos 149
sexo biológico 86
síndrome do intestino curto 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32,
33, 34
sintomas positivos 12, 14, 15, 16, 20, 21, 24
sistema 5
sistema de prestação de serviços 147
sistema gastrointestinal 26, 34
situação financeira 172
socioeconômicos 73, 172
socioemocional 181, 184, 185
subjetividade 96, 98, 101, 102, 107
supervisão de enfermagem 109, 112, 126

T

tecnologias 136, 147, 148, 151, 152, 154, 155, 158
telessaúde 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155,
156, 157, 158, 159
temática hospitalar 138
toxina botulínica 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50,
51, 52
tratamento 37, 38, 39

V

vacina 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118,
119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 128
violência 143, 184



AYA EDITORA
2024