

ISSN: 1676-8019

SANARE

REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS



SANARE

Revista de Políticas Públicas

SANARE, Sobral - 2025. Jul.-Dez.; 24(2), p.01-161.

Tornar sã, em latim, *SANARE* é uma revista de políticas públicas que tem por finalidade divulgar experiências em políticas públicas na área de saúde coletiva como forma de contribuir com o processo de elaboração e sistematização de novos paradigmas sobre gestão governamental.

CONSELHO EDITORIAL

NACIONAL/NATIONAL

Adriana Gomes Nogueira Ferreira – UFMA
Aluisio Ferreira de Lima – PUCSP
Anyá Pimentel Gomes Fernandes V. Meyer – FioCruz
Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado – UPE
Camilla Araújo Lopes Vieira – UFC
Camilo Darsie de Souza – UNISC
Christlene Carvalho dos S. Pereira Cavalcante – UNINTA
Cristianne Maria Famer Rocha – UFRGS
Edson Batista dos Santos Júnior – UFAM
Edson Holanda Teixeira – UFC
Fabiane do Amaral Gubert – UFC
Fernando Sérgio Pereira de Sousa – UFPI
Francisca Lopes de Souza - F5
Francisco Arnaldo N. de Miranda – UFRN
Geison Vasconcelos Lira – UFC
Glauberto da Silva Quirino – URCA
Jeane Félix da Silva – UFRGS
José Jailson de Almeida Junior – UFRN
José Maria Ximenes Guimaraes – UECE
José Olinda Braga – UFC

Luis Achilles Rodrigues Furtado – UFC
Maria Adelane Monteiro da Silva – UVA
Maria Corina Amaral Viana – UFC
Maria de Fatima Antero Sousa Machado – URCA
Maria Fátima de Sousa – UnB
Maria Rocineide Ferreira da Silva – UECE
Maria Veraci Oliveira Queiroz – UECE
Milena Rodrigues Soares Mota – UNICEL
Mirna Marques Bezerra Brayner – UFC
Roberlandia Evangelista Lopes Ávila - F5
Roberta Cavalcante Muniz Lira – UFC
Viviane Oliveira Mendes Cavalcante - ESP-VS
Vicente de Paulo Teixeira Pinto – UFC
Yolanda Flores e Silva – UNIVALI

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Fco Antonio Loiola - Univ. de Montréal/Québec, Canadá
Mirella Maria Soares Veras - Univ. of Ottawa, Canadá
Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu - Escola Superior de
Enfermagem do Porto, Portugal

PREFEITURA

Oscar Spindola Rodrigues Júnior
Prefeito

Maria Imaculada Dias Adeodato
Vice-Prefeita

Michelle Alves Vasconcelos Ponte
Secretária Municipal da Saúde

Viviane Oliveira Mendes Cavalcante
Diretora da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia

PRODUÇÃO

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia - ESP-VS

Michelle Alves Vasconcelos Ponte
Editora-Chefe

Antônio Felipe de Vasconcelos Neto
Diagramação

Brisana Índio do Brasil de Macêdo Silva
Editora Assistente

Martônio Holanda
Capa

Amanda Azevedo Fernandes
João Marcelo de Sousa Freitas
Estagiários

Versão Digital

SANARE, Revista de Políticas Públicas v.24, n.2, Jul./Dez. 2025.
- Sobral[CE]: Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, 2025.

Semestral

ISSN: 1676-8019

1. Políticas públicas 2. Políticas de saúde 3. Saúde Coletiva

CDD:362.1098131

É permitida a reprodução do material publicado, desde que citada a fonte.

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia
Av. John Sanford, nº 1320 - Bairro Junco - Sobral/CE
CEP: 62030-362 - Fone:(88) 3695.4266
E-mail: revistasanare.espvs@gmail.com
Portal Sanare: <http://sanare.emnuvens.com.br/>



O SUS EM PERSPECTIVA: CUIDADO, TRABALHO E INOVAÇÃO FRENTE AOS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS.

A Revista SANARE reafirma, nesta edição de 2025.2, seu compromisso com a produção e a difusão do conhecimento crítico e aplicado no campo da Saúde Coletiva, alinhando-se aos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e as demandas contemporâneas que desafiam sua consolidação e sustentabilidade. Em um contexto marcado por profundas desigualdades sociais, transformações demográficas e epidemiológicas, e pela necessidade permanente de inovação, torna-se imprescindível fortalecer o SUS a partir da qualificação das práticas de cuidado, da valorização dos trabalhadores da saúde e da reorganização inteligente e resolutiva dos serviços.

Os artigos que compõem esta edição dialogam diretamente com esse desafio, ao evidenciar experiências, análises e reflexões que contribuem para o aprimoramento dos processos de trabalho em saúde, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante da rede de atenção. Reconhecida como porta de entrada preferencial do sistema e coordenadora do cuidado, a APS ocupa lugar central nas estratégias de promoção da equidade, prevenção de agravos e cuidado integral, especialmente quando orientada por práticas qualificadas, baseadas em evidências e sensíveis aos contextos territoriais.

A valorização dos trabalhadores do SUS emerge, nesse debate, como dimensão estratégica e indissociável da qualidade do cuidado. Investir em condições adequadas de trabalho, educação permanente em saúde e reconhecimento profissional significa fortalecer o vínculo entre equipes e usuários, ampliar a resolutividade dos serviços e sustentar processos de mudança que impactam positivamente os resultados em saúde. Os estudos aqui apresentados reforçam que não há sistema de saúde forte sem trabalhadores valorizados e protagonistas dos processos de transformação.

Outro eixo central desta edição refere-se à inovação na organização dos serviços de saúde, entendida não apenas como incorporação tecnológica, mas como capacidade de repensar modelos de atenção, fluxos assistenciais, estratégias de gestão e mecanismos de monitoramento e avaliação. As experiências relatadas demonstram que a inovação, quando orientada pelos princípios do SUS e pelas necessidades reais da população, potencializa o acesso, a integralidade e a eficiência do cuidado, contribuindo para a redução de iniquidades históricas.

Com especial atenção às populações em situação de vulnerabilidade, os artigos evidenciam a importância de práticas antidiscriminatórias, interseccionais e territorializadas, que reconheçam os determinantes sociais da saúde e promovam justiça social. Ao trazer para o centro do debate grupos historicamente invisibilizados, esta edição reafirma o compromisso ético-político do SUS com a equidade e com o direito à saúde como expressão da cidadania.

Assim, a SANARE 2025.2 convida leitoras e leitores a uma reflexão qualificada e propositiva sobre os caminhos possíveis para o fortalecimento do SUS, apostando na potência do conhecimento científico, da gestão comprometida e do trabalho em saúde como pilares de um sistema público, universal e socialmente referenciado. Que os debates aqui apresentados inspirem práticas transformadoras e reafirmem, cotidianamente, a defesa do SUS como patrimônio do povo brasileiro.

Prof^a Francisca Lopes de Souza
*Coordenadora de Políticas, Planejamento
e Avaliação em Saúde (COPPAS).
Professora da Faculdade 05 de julho.*

- 3 EDITORIAL**
- 7 DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO SUS**
CHALLENGES AND PERSPECTIVES IN THE WORK OF COMMUNITY HEALTH WORKERS IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)
DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS EN LA ACTUACIÓN DE LOS AGENTE COMUNNITARIS DE SALUD EN EL SUS
Richelly Maria Rodrigues Holanda, Fablicia Martins de Souza, Júlia Paiva Ladeira, Larisse Maria Gomes Oliveira Valentim Feitosa, Kilvia Helane Cardoso Mesquita, Myrna Maria Arcanjo Frota Barros
- 19 LAÇOS INVISÍVEIS: AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS E O SEU IMPACTO NO TRABALHO EM EQUIPE**
INVISIBLE TIES: INTERPERSONAL RELATIONSHIPS AND THEIR IMPACT ON TEAMWORK
LAZOS INVISIBLES: LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y SU IMPACTO EN EL TRABAJO EN EQUIPO
Ingrýdh Maria Gomes Damasceno, Antônia Márcia Macedo de Sousa, Sibebe Pontes Rocha, Maria Laiza de Souza, Lielma Carla Chagas da Silva, Ana Cláudia Costa Sampaio
- 26 DO (DES)CONHECIMENTO À PRÁTICA: A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO CHAVE PARA A EFETIVIDADE DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A**
FROM KNOWLEDGE GAPS TO PRACTICE: CONTINUING HEALTH EDUCATION AS A KEY TO THE EFFECTIVENESS OF THE NATIONAL VITAMIN A SUPPLEMENTATION PROGRAM
DEL (DES)CONOCIMIENTO A LA PRÁCTICA: LA EDUCACIÓN PERMANENTE COMO CLAVE PARA LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINA A
Noélia Azevedo Castro, Helena Alves de Carvalho Sampaio, Tamires Alexandre Félix, Bruna Queiroz Allen Palácio, Francisco Valdicélio Ferreira
- 40 O ENSINO DE SAÚDE DA CRIANÇA NAS RESIDÊNCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO CEARÁ**
TEACHING CHILD HEALTH IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE RESIDENCIES IN CEARÁ, BRAZIL
LA ENSEÑANZA DE LA SALUD INFANTIL EN RESIDENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN CEARÁ
Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos
- 50 CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA EM CRIANÇAS MATRICULADAS EM UMA CRECHE NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ**
EARLY IN CHILDHOOD CARIES IN CHILDREN ENROLLED IN A DAYCARE CENTER IN THE MUNICIPALITY OS SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ
CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA EN NINOS INSCRITOS EN UNA GUARDERÍA DEL MUNICIPIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ
Júlia Luiza Azevedo Barbosa, Mário Vinicius Marques Paiva, Maria Karolyne Bezerra Rodrigues, Ana Karine Macedo Teixeira, Adriano de Aguiar Filgueira
- 59 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE**
CARE NETWORK FOR PEOPLE WITH DISABILITIES IN A HEALTH REGION
RED DE CUIDADOS A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD EN UNA REGIÓN SANITARIA
Sháyra Anny Moura Barbosa, Pedro Paulo Rodrigues, Rayane Moreira de Alencar
- 69 AGENTE PROMOTOR DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: ATUAÇÃO, CUIDADOS, EXPERIÊNCIAS E RESILIÊNCIA**
HEALTH PROMOTER AGENT IN THE PRISON SYSTEM: PRACTICE, CARE, EXPERIENCES, AND RESILIENCE
AGENTE PROMOTOR DE SALUD EN EL SISTEMA PENITENCIARIO: ACTUACIÓN, CUIDADOS, EXPERIENCIAS Y RESILIENCIA
Weslen Santana Padilha, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

- 81 CONSTRUINDO CAMINHOS PARA SEGURANÇA: ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**
BUILDING PATHS TO SAFETY: ACTION BY THE CENTER FOR COMBATING VIOLENCE AGAINST WOMEN
CONSTRUYENDO CAMINOS HACIA LA SEGURIDAD: ACCIÓN DEL CENTRO DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES
Malena Araújo Alves de Lima, Vitória Antão de Carvalho Rosa, Jayane Maria Ferreira Carvalho
- 89 IMPLANTAÇÃO DE UMA CENTRAL DE TELEATENDIMENTO SOBRE A COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA LEGAL**
IMPLEMENTATION OF A COVID-19 TELEHEALTH CALL CENTER IN A MUNICIPALITY OF THE LEGAL AMAZON
IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE TELEATENCIÓN SOBRE LA COVID-19 EN UN MUNICIPIO DE LA AMAZONÍA LEGAL
Darley Maria Oliveira, Ana Lucia Sartori, Ana Paula Silva Loschi, Gabriel Rodrigues José, Neiva Pereira Paim
- 96 O MODELO DE PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
THE OUTPATIENT SECONDARY CARE UNIT MODEL IN SPECIALIZED CARE: AN EXPERIENCE REPORT
EL MODELO DE PUNTO DE ATENCIÓN SECUNDARIA AMBULATORIA EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA: UN RELATO DE EXPERIENCIA
Iasmim de Lima Torres, Walclísio Alves de Sousa Júnior, Daniela Gislei Dias da Silva, Samuel Trezena Costa
- 104 PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
HEALTH PLANNING IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: AN EXPERIENCE REPORT
PLANIFICACIÓN EN SALUD EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA: UN RELATO DE EXPERIENCIA
Técia Mendes Daltro Borges, Alcimara dos Santos Brito, Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues, Jamile de Oliveira Azevedo, Laura Vitória Noronha Pinheiro, Thaynara Oliveira Militão
- 112 OFICINA DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM FOCO NA INTERPROFISSIONALIDADE**
INTERPERSONAL RELATIONS WORKSHOP IN PRIMARY HEALTH CARE WITH A FOCUS ON INTERPROFESSIONALITY
TALLER DE RELACIONES INTERPERSONALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CON ENFOQUE EM LA INTERPROFISIONALIDAD
Ana Auriane Marques Xavier, Sabrina Morais Lopes, Karina Oliveira de Mesquita, Iracema Ponte Bento Trindade Escossio, Camilla Araújo Vieira Lopes, Maria Socorro de Araújo Dias, Jacques Antônio Cavalcante Maciel
- 120 FATORES ASSOCIADOS À INCIDÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA**
FACTORS ASSOCIATED WITH THE INCIDENCE OF DENTAL CARIES IN EARLY CHILDHOOD
FACTORES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CARIES DENTAL EN LA PRIMERA INFANCIA
Mário Vinícius Marques Paiva, Júlia Luiza Azevedo Barbosa, Winnie Vieira Soares
- 128 CRITÉRIOS PARA A AVALIAÇÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM PROCEDIMENTOS EM HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA**
CRITERIA FOR CLINICAL NURSING ASSESSMENT IN HEMODYNAMICS AND INTERVENTIONAL CARDIOLOGY PROCEDURES
CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN PROCEDIMIENTOS DE HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIÓNISTA
Francisco Ariel Santos da Costa, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, Virna Ribeiro Feitosa Cestari, Amanda Caboclo Flor, Raquel Sampaio Florêncio, Gabriele Santos Queiroz
- 140 CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: REVISÃO DE ESCOPO**
CLINICAL SIMULATION SCENARIOS IN PEDIATRIC NURSING: A SCOPING REVIEW
ESCENARIOS DE SIMULACIÓN CLÍNICA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA: REVISIÓN DE ALCANCE
Carla Isabel Soares da Silva Melo, Tainá Martins da Silva Tomaz, Eveline Pinheiro Beserra, Raquel Alves de Oliveira, Débora Feitosa de França, Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima

151 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: UMA SÍNTESE ANALÍTICA

NURSING CARE IN THE POSTOPERATIVE PERIOD OF CARDIAC SURGERY: AN ANALYTICAL SYNTHESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: UNA SÍNTESES ANALÍTICA

Edvânia Lopes Vasconcelos, Francisco Douglas Canafistula de Souza, Ingrid Kelly Morais Oliveira, Tatiane de Sousa Paiva, Maria Samira Sousa Matos, Keila Maria de Azevedo Ponte Marques



DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO SUS

CHALLENGES AND PERSPECTIVES IN THE WORK OF COMMUNITY HEALTH WORKERS IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)

DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS EN LA ACTUACIÓN DE LOS AGENTE COMUNITARIS DE SALUD EN EL SUS

Richelly Maria Rodrigues Holanda ¹

Fablicia Martins de Souza ²

Júlia Paiva Ladeira ³

Larisse Maria Gomes Oliveira Valentim Feitosa ⁴

Kilvia Helane Cardoso Mesquita ⁵

Myrna Maria Arcanjo Frota Barros ⁶

Como Citar:

Holanda RMR, Souza FM, Ladeira JP, Feitosa LMG, Mesquita KHC, Barros MMAF. Desafios e perspectivas na atuação dos agentes comunitários de saúde no SUS. *Sanare*. 2025; 24(2).

Descritores:

Atenção Primária à Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Qualidade de Vida.

Descriptors:

Primary Health Care; Community Health Workers; Quality of Life.

Descriptores:

Atención Primaria de Salud; Agentes Comunitarios de Salud; Calidad de Vida.

Submetido:

07/10/2025

Aprovado:

19/12/2025

Autor(a) para Correspondência:

Richelly Maria Rodrigues Holanda
End: Rua Conselheiro José Júlio
- S/N - Bloco de Odontologia da
Universidade Federal do Ceará -
Campus Sobral
E-mail: richellyholanda@alu.ufc.br

RESUMO

Este estudo analisou o impacto do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em sua qualidade de vida, considerando dimensões física, emocional, social e ambiental. Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva de abordagem mista, realizada com 15 ACS vinculados aos Centros de Saúde da Família Terrenos Novos I e II, em Sobral, Ceará. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário sociodemográfico e do WHOQOL-BREF. Os resultados evidenciam um perfil majoritariamente feminino (86,7%) e pardo (73,3%), sendo que mais da metade da amostra (53,3%) possui ensino superior; o tempo de atuação variou entre 8 e 27 anos. Quanto à qualidade de vida, 66,7% relataram satisfação com sua capacidade laboral. Contudo, emergiram relatos de sobrecarga física e mental, pressão psicológica, extensão da jornada de trabalho e percepção de desvalorização pela gestão. Apesar desses desafios, os ACS revelaram vínculo comunitário sólido e de reconhecimento social em relação às atividades que exercem. Conclui-se que, embora encontrem sentido no trabalho, faz-se urgente repensar estratégias de gestão que promovam valorização profissional, melhores condições laborais e espaços de escuta ativa. Além disso, incorporar indicadores subjetivos de bem-estar às políticas públicas constitui estratégia essencial para fortalecer o cuidado no SUS.

1. Discente do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Sobral. E-mail: richellyholanda@alu.ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0088-5023>

2. Mestranda em Saúde da Família na Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Sobral. E-mail: fabliciamartins7@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7473-3755>.

3. Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Sobral. E-mail: juliapaivaladeira@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1910-5658>.

4. Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Sobral. E-mail: larissemgo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7477-4305>.

5. Docente do curso de Economia da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Sobral. E-mail: kilviacardoso@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8131-302X>.

6. Docente do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Sobral. E-mail: myrnaarcanjo@sobral.ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7689-175X>.

ABSTRACT

This study analyzes the impact of the work of Community Health Workers (ACS) on their quality of life, considering physical, emotional, social, and environmental dimensions. It is an exploratory-descriptive study with a mixed-method approach, conducted with 15 ACS linked to the Terrenos Novos I and II Family Health Centers in Sobral, Ceará. Data collection was performed using a sociodemographic questionnaire and the WHOQOL-BREF. The results evidenced a predominantly female (86.7%) and mixed-race (73.3%) profile, with more than half of the sample (53.3%) holding a higher education degree; time in service ranged from 8 to 27 years. Regarding perceived quality of life, 66.7% reported satisfaction with their work capacity. However, reports of physical and mental overload, psychological pressure, extension of working hours, and a perception of devaluation by management emerged. Despite these challenges, the ACS revealed a solid community bond and social recognition regarding the activities they perform. It is concluded that, although they find meaning in their work, it is urgent to rethink management strategies that promote professional valorization, better working conditions, and spaces for active listening. Furthermore, incorporating subjective well-being indicators into public policies constitute an essential strategy to strengthen care within the Unified Health System (SUS).

RESUMEN

Este estudio analizó el impacto del trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en su calidad de vida, considerando dimensiones físicas, emocionales, sociales y ambientales. Se trata de una investigación exploratoria-descriptiva, con enfoque mixto, realizado con 15 ACS vinculados a los Centros de Salud de la Familia Terrenos Novos I y II, en Sobral, Ceará. La recolección de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario sociodemográfico y el WHOQOL-BREF. Los resultados revelan un perfil predominantemente femenino (86,7%), y más de la mitad (53,3%) posee educación superior; el tiempo de actuación osciló entre 8 y 27 años. Respecto a la calidad de vida, el 66,7% manifestó satisfacción con su capacidad laboral. No obstante, emergieron relatos de sobrecarga física y mental, presión psicológica, extensión de la jornada laboral y percepción de desvalorización por parte de la gestión. A pesar de estos desafíos, los ACS demostraron un fuerte vínculo comunitario y reconocimiento social en relación con las actividades que desempeñan. Se concluye que, aunque encuentran sentido en su trabajo, es urgente repensar estrategias de gestión que promuevan valorización profesional, mejores condiciones laborales y espacios de escucha activa. Además, incorporar indicadores subjetivos de bienestar en las políticas públicas constituye una estrategia esencial para fortalecer la atención en el SUS.

.....

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como a base organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo sua principal porta de entrada e sustentação. Sua construção no Brasil está profundamente atrelada aos ideais da Reforma Sanitária, movimento que lutou por um modelo de sistema de saúde público, universal e integral¹. Desde a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, a APS vem sendo fortalecida como estratégia estruturante para ampliar o acesso, a equidade e a resolutividade dos cuidados em saúde, especialmente nas populações em situação de maior vulnerabilidade. Nesse contexto, a APS assume a responsabilidade de organizar os serviços a partir das necessidades reais da população, sendo operacionalizada por equipes multiprofissionais que atuam em territórios definidos e com vínculo com a comunidade^{2,3}.

Nesse processo, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham papel essencial, constituindo-se, muitas vezes, no primeiro e principal contato entre o usuário e o sistema de saúde. Sua atuação envolve a escuta qualificada, a vigilância em saúde, o acompanhamento domiciliar, a promoção de práticas saudáveis e o fortalecimento dos laços comunitários. A história dessa categoria remonta a experiências comunitárias pioneiras no Nordeste brasileiro, com destaque para a cidade de Sobral, no Ceará, que em 1988 instituiu, por meio de política municipal própria, o Programa de Agentes de Saúde (PAS). Essa iniciativa, inédita no país, transformou o plano emergencial de enfrentamento à seca – conduzida por meio do trabalho contratado de modo temporário para assistir as regiões atingidas – em um programa oficial de promoção da saúde⁴. A adoção do PAS em Sobral teve como base o reconhecimento de que os problemas de saúde não poderiam ser resolvidos

apenas por ações curativas, ao contrário, um modelo preventivo, territorializado e participativo, o que fez com que o município se tornasse referência nacional⁵.

A bem-sucedida experiência sobralense inspirou o Ministério da Saúde a instituir, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), ampliando essa estratégia para outros municípios brasileiros. Posteriormente, com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994, os ACS passaram a compor oficialmente as equipes de atenção primária, assumindo um papel ainda mais estruturante no processo de territorialização das ações de saúde, no fortalecimento do vínculo entre serviços e usuários e na consolidação de um cuidado longitudinal, centrado na promoção da saúde e prevenção de agravos^{6,7}.

Em Sobral, o legado do PAS foi transformador: os indicadores de saúde da infância, como mortalidade infantil e desnutrição, foram significativamente reduzidos na década de 1990, posicionando o município como modelo de gestão inovadora e resolutiva na atenção primária. Esse processo foi acompanhado por uma crescente valorização da educação permanente em saúde, do uso de indicadores epidemiológicos para gestão e da participação popular, práticas que seguem influenciando políticas públicas em nível nacional.

Contudo, apesar de sua centralidade para o funcionamento do SUS, os ACS enfrentam desafios estruturais importantes, como a precarização das condições de trabalho, o acúmulo de funções, a invisibilidade institucional e o desgaste físico e emocional – sobretudo em áreas urbanas periféricas marcadas por altos índices de vulnerabilidade social⁸. Esse é o caso do bairro Terrenos Novos, o mais populoso de Sobral, com aproximadamente 30 mil habitantes, onde os ACS atuam como verdadeiros alicerces do cuidado em saúde cotidiana, mediando conflitos, orientando sobre direitos e promovendo o bem-estar da população⁹.

Em Sobral, 87% da força de trabalho do SUS é composta por mulheres, o que reforça a dimensão de gênero que atravessa a atuação desses profissionais¹⁰. Essa feminização do cuidado, embora historicamente invisibilizada, constitui a maior parte de sustentação e efetivação dos serviços públicos de saúde no Brasil. Ao reconhecer esse panorama, o Programa PET-Saúde Equidade (edição 2024–2026), vinculado ao projeto nº 25000.057201/2024-95, surge como uma importante iniciativa do Ministério

da Saúde e do Ministério da Educação para promover a integração ensino-serviço-comunidade, com foco na formação crítica, humanizada entre estudantes e profissionais da saúde¹¹.

Esta edição do PET-Saúde, em particular, enfoca os determinantes sociais da saúde, conforme a estrutura conceitual de Dahlgren e Whitehead, integrando fatores econômicos, ambientais, educacionais, raciais e de gênero na análise das condições de vida e saúde da população¹². A atuação de bolsistas e tutores nos Centros de Saúde da Família Terrenos Novos I e II, por meio de projetos interdisciplinares, visa não apenas o aprimoramento da formação em saúde, mas também o fortalecimento do cuidado com base no território, na escuta e na valorização dos saberes locais. A presença majoritária de mulheres entre os ACS, associada à complexidade das realidades sociais vividas por essas trabalhadoras, destaca a urgência de políticas públicas que considerem o bem-estar físico, emocional e social dessa categoria profissional^{8,10}.

Diante desse contexto, este estudo justifica-se pela necessidade de dar visibilidade às percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sua própria qualidade de vida, compreendendo como os diferentes aspectos do trabalho influenciam seu cotidiano e sua saúde global. Ao trazer evidências oriundas de um território historicamente relevante para o SUS, como é o caso de Sobral, os resultados deste trabalho poderão subsidiar ações de gestão, formação e formulação de políticas mais sensíveis às demandas desses profissionais.

Por fim, o objetivo desta pesquisa é analisar as percepções dos ACS que atuam nos bairros Terrenos Novos I e II, no município de Sobral/CE, sobre sua qualidade de vida, a partir da aplicação do instrumento WHOQOL-BREF, com foco nos domínios físico, psicológico, social e ambiental. Além disso, a proposta visa contribuir com a construção de evidências que valorizem a atuação dos ACS como protagonistas do cuidado, da cidadania e da transformação social nos territórios do SUS.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, com abordagem mista, combinando métodos quantitativos e qualitativos com o objetivo de compreender, descrever e analisar as percepções

sobre a qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde atuantes no município de Sobral, Ceará. A escolha por uma abordagem metodológica mista fundamenta-se na complexidade do objeto de estudo, permitindo, assim, uma análise mais abrangente dos fenômenos investigados, ao articular dados estatísticos com significados subjetivos fornecidos pelos participantes.

Período e Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada entre março e abril de 2025, com um total de 15 ACS vinculados ao Centro de Saúde da Família Dr. Éverton Francisco Mendes Mont'Alverne e ao Centro de Saúde Francinilda de Sousa Mendes (conhecidos como CSF Terrenos Novos I e II, respectivamente), situados no município de Sobral, Ceará.

De acordo com os dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2023), o município de Sobral conta com 444 profissionais ACS atuando em diversas comunidades. Esses agentes desempenham um papel fundamental na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no fortalecimento do vínculo entre a população e os serviços da Atenção Primária, sendo essenciais para o funcionamento do SUS.

Criado pela Lei Municipal nº 013/82 de 1 de dezembro de 1982, o bairro Terrenos Novos é hoje o mais populoso do município de Sobral e conta com uma população estimada em mais de 30 mil habitantes. Atualmente, o CSF Terrenos Novos I conta com 16 Agentes Comunitários de Saúde ativos, enquanto o CSF Terrenos Novos II possui uma equipe menor, composta por 5 profissionais⁸. Ao todo, 16 ACS responderam a pesquisa, sendo 13 vinculados ao Terrenos Novos I e 3 ao Terrenos Novos II.

Critérios de Inclusão e Exclusão

A seleção dos participantes foi intencional e criteriosa, de forma a garantir a inclusão de sujeitos com experiência consolidada na área. Todos os profissionais incluídos no estudo possuíam no mínimo dois anos de atuação como ACS, tempo considerado suficiente para vivenciar de forma significativa os desafios e potencialidades da prática cotidiana no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Foram definidos como critérios de inclusão: ser ACS atuante em um dos dois CSF mencionados, possuir no mínimo dois anos de experiência na função

e demonstrar interesse em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os profissionais afastados de suas funções por motivo de licença médica, férias ou qualquer outro impedimento no momento da coleta de dados foram excluídos da amostra.

Coleta e Análise de Dados

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de dois instrumentos complementares. O primeiro consistiu em um questionário sociodemográfico estruturado, contendo informações relativas à idade, sexo, escolaridade, tempo de atuação profissional, renda e condições de trabalho. O segundo instrumento foi o WHOQOL-BREF, ferramenta validada pela Organização Mundial da Saúde e amplamente utilizada para avaliação da qualidade de vida. Este instrumento é composto por 26 questões e abrange quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, fornecendo uma visão multidimensional da qualidade de vida dos participantes¹³.

O domínio físico aborda aspectos como dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamento e capacidade de trabalho. O domínio psicológico, por sua vez, abrange as facetas relacionadas a sentimentos positivos, processos cognitivos (como pensar, aprender, memória e concentração), autoestima, percepção da imagem corporal, sentimentos negativos e crenças pessoais. O terceiro domínio avalia as relações sociais considerando as relações pessoais, suporte social e atividade sexual. Por fim, o domínio ambiental contempla condições de segurança física e proteção, ambiente doméstico, recursos financeiros, cuidados de saúde e de assistência social, disponibilidade de informações e habilidades, oportunidades de lazer, qualidade do ambiente físico (incluindo clima, ruído e poluição) e meios de transporte. Cada uma das facetas se relaciona com uma pergunta específica do questionário¹³.

A aplicação do questionário foi realizada presencialmente, e todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e etapas do estudo. Esse momento foi conduzido por participantes do PET-Saúde Equidade/UFC e supervisionado por uma estudante do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral.

A análise dos dados referentes ao questionário WHOQOL-BREF foi feita de forma automatizada, por meio da ferramenta desenvolvida a partir do *Software Microsoft Excel* por Pedrosa *et al.* (2010). A ferramenta consiste em uma planilha desenvolvida para calcular os escores e realizar a estatística descritiva do questionário, seguindo exatamente a sintaxe proposta pela OMS¹⁴.

Cada uma das 26 questões foi submetida à estatística descritiva, contemplando indicadores como média, desvio padrão, coeficiente de variação, valores mínimos e máximo e amplitude. Esse procedimento permitiu a realização de comparações intra e interdomínios, evidenciando nuances importantes sobre as condições de vida e trabalho dos ACS.

A ferramenta identifica respostas inválidas, aplica correções em itens cuja escala é invertida e verifica a qualidade dos dados. Em seguida, são feitos os cálculos dos escores dos quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), bem como a transformação dos resultados para as escalas de 4 a 20 e de 0 a 100. Além disso, gera tabelas estatísticas – como média, desvio padrão, amplitude – e gráficos. Com isso, viabiliza uma análise completa da qualidade de vida com o WHOQOL-BREF usando apenas o *Excel*, sem prejuízo na precisão dos resultados¹⁴.

Aspectos Éticos

O presente estudo foi conduzido em conformidade com as diretrizes e normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob número de parecer 7.437.779. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atestando sua concordância voluntária com sua participação na pesquisa e assegurando o respeito aos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

A presente pesquisa integra o conjunto de ações acadêmicas do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, vinculando-se a uma linha de investigação que busca compreender as condições de trabalho, saúde e bem-estar dos Agentes Comunitários de Saúde – grupo essencial para o funcionamento do SUS e cuja qualidade de vida influencia diretamente na efetividade da atenção prestada às comunidades.

Com o propósito de preservar a identidade dos participantes, os nomes dos ACS foram substituídos por nomes de frutas nas tabelas disponibilizadas nos resultados.

RESULTADOS

3.1. Caracterização Sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde dos CSF Terrenos Novos I e II, Sobral/CE, 2025

A amostra foi composta por 15 ACS, sendo, em sua maioria, do sexo feminino, com faixa etária predominante entre 40 e 50 anos. A maioria se autodeclarou parda ou preta. Em termos de escolaridade, 53,3% (n=8) possuem ensino superior completo, o que aponta um nível educacional elevado para a função, tradicionalmente associada a requisitos de escolarização básicos. O tempo de atuação como ACS coincide integralmente com o tempo de vínculo com o SUS para todos os participantes, variando entre 8 e 27 anos. Por fim, apenas duas participantes afirmaram desenvolver atividade remunerada paralela ao trabalho como ACS. Os ACS receberam nomes de frutas por serem considerados pelos pesquisadores frutos do SUS.

Quadro 1 - Perfil dos participantes de acordo com sexo, cor, idade, escolaridade, CSF de atuação, anos como ACS e atividade remunerada além do trabalho como ACS, Sobral, Ceará, 2025

	Participante	Sexo	Cor	Idade	Escolaridade	CSF	Anos como ACS	Atividade remunerada extra ACS?
1	Abacaxi	F	Pardo	50	Ensino médio/técnico completo	Terrenos Novos 1	22	Não
2	Acerola	F	Pardo	57	Ensino médio/técnico completo	Terrenos Novos 1	14	Não
3	Ameixa	F	Negro	38	Ensino superior completo	Terrenos Novos 1	19	Sim
4	Banana	F	Branco	44	Ensino médio/técnico completo	Terrenos Novos 1	24	Não
5	Caju	F	Negro	40	Ensino superior completo	Terrenos Novos 1	19	Não
6	Caqui	M	Pardo	48	Ensino superior completo	Terrenos Novos 1	28	Não
7	Figo	F	Pardo	42	Ensino superior completo	Terrenos Novos 1	7	Não
8	Goiaba	F	Pardo	44	Ensino superior completo	Terrenos Novos 1	23	Não
9	Jabuticaba	F	Pardo	58	Ensino Fundamental I e II	Terrenos Novos 1	28	Não
10	Kiwi	F	Branco	51	Ensino médio/técnico completo	Terrenos Novos 1	25	Não
11	Laranja	M	Pardo	44	Ensino superior completo	Terrenos Novos 1	20	Não
12	Maçã	F	Pardo	41	Ensino médio/técnico completo	Terrenos Novos 1	20	Não
13	Mamão	F	Pardo	41	Ensino superior completo	Terrenos Novos 2	19	Sim
14	Melão	F	Pardo	40	Ensino superior completo	Terrenos Novos 2	21	Não
15	Uva	F	Pardo	43	Ensino médio/técnico completo	Terrenos Novos 2	15	Não

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes quanto às variáveis estado civil e renda familiar, Sobral, Ceará, 2025

Variáveis	Total	
	N	%
Estado Civil		
Solteira(o)	3	20%
União Estável/Casada(o)	10	66,7%

Separada(o)/Divorciada(o)	2	13,3%
Viúva(o)	0	0
Total	15	100%
Renda Familiar		
Menos de um salário mínimo	0	0
1 a 2 salários	5	33,3%
3 a 4 salários	9	60%
Mais de 4 salários	1	6,7%
Total	15	100%

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Diante dos dados apresentados, percebe-se uma predominância de ACS em união estável ou casados (66,7%), com uma renda familiar percorrendo o valor de três a quatro salários mínimos, e uma média de quatro pessoas residentes por domicílio, de acordo com os dados colhidos durante as entrevistas.

3.2. Caracterização do Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde

Observa-se que 20% dos participantes possuem outra atividade remunerada além da função de ACS, enquanto 66,7% relataram ter sofrido algum tipo de discriminação no ambiente laboral. Todos os entrevistados afirmaram sentir-se valorizados por superiores e colegas, mas apenas 40% declararam sentir reconhecimento profissional por parte da comunidade atendida.

Além disso, 13,3% já foram alvo de abuso de poder no trabalho e 66,7% acreditam que a atividade influencia negativamente sua vida social. Quanto à rotina, 46,7% afirmaram trabalhar fora do expediente em seu território, e 80% relataram já ter atuado em áreas marcadas por conflitos territoriais.

Quadro 3 – Caracterização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, Sobral, Ceará, 2025

PERGUNTAS		SIM (n)	SIM (%)	NÃO (n)	NÃO (%)
1	Você tem outra atividade remunerada fora o trabalho de ACS?	3	20	12	80
2	Você sofreu algum tipo de discriminação no seu ambiente de trabalho?	10	66	5	34
3	Você se sente valorizada(o) pelos seus superiores e colegas de trabalho?	15	100	0	0
4	Você se sente profissionalmente valorizada(o) pelos usuários que assistem na comunidade?	6	40	9	60
5	Você já foi alvo de abuso de poder em seu ambiente de trabalho?	2	14	13	87
6	Você acredita que o trabalho está influenciando negativamente na sua vida social?	10	66	5	34
7	Como ACS, você costuma trabalhar fora do seu expediente em seu território de atuação?	7	47	8	53
8	Você já atuou ou atua em algum território onde existe conflito de facções?	12	80	3	20

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

3.3. Caracterização das Condições de Saúde dos Agentes Comunitários de Saúde

Em relação às condições de saúde, apenas um participante relatou ter sido acompanhado pela Rede de Atenção Psicossocial de Sobral, enquanto a maioria (n =14/ 94,44%) afirmou nunca ter utilizado esse serviço. Quanto às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), (n = 4/26,67%) agentes declararam possuir alguma condição, contra (n = 11/73,33%) que não apresentaram esse diagnóstico. Sobre a prática de atividade física fora do período de trabalho, (n = 6/40%) entrevistados afirmaram realizá-la regularmente, enquanto (n =

9/60%) relataram não manter esse hábito.

3.4. Avaliação da Qualidade de Vida (Questionário WHOQOL)

De modo geral, os maiores resultados foram referentes a perguntas enquadradas nos domínios de meio ambiente e relações sociais. As questões com médias mais altas foram a Q11, relacionada à aceitação da própria aparência física (média de 4,40); a Q6, que avalia a percepção de sentido na vida (4,27); e a Q15, sobre a satisfação com a capacidade de locomoção (4,27). Esses dados sugerem uma percepção positiva em relação aos domínios psicológico e físico do questionário.

Os menores escores médios foram observados nas questões Q26, que trata de sentimentos negativos como ansiedade e depressão (1,53), Q3, sobre dor física (1,87), e Q4, referente a tratamento médico (2,33). No entanto, é importante ressaltar que esses dados possuem escala invertida, ou seja, são inversamente proporcionais ao nível de qualidade de vida, demonstrando baixa incidência de sentimentos negativos, dor e desconforto físicos e dependência de medicação ou tratamento na amostra analisada.

Em contrapartida, as questões com piores médias que, de fato, se relacionam diretamente com a qualidade de vida foram a Q12, que indaga acerca das condições financeiras para suprir as necessidades (média 3,00); a Q14, sobre as oportunidades de lazer (3,17); e a Q8, que trata da sensação de segurança na vida diária (3,4). Nesse sentido, percebe-se a relativa insatisfação com aspectos ambientais específicos.

Quadro 4 - Médias de respostas do questionário WHOQOL-BREF, Sobral, Ceará, 2025

QUESTÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	AMPLITUDE
Q1	3,67	0,98	26,62	1	5	4
Q2	3,60	0,91	25,28	2	5	3
Q3	1,87	0,99	53,06	1	4	3
Q4	2,33	1,29	55,33	1	5	4
Q5	3,73	0,59	15,90	3	5	2
Q6	4,27	0,46	10,73	4	5	1
Q7	3,60	0,91	25,28	2	5	3
Q8	3,40	0,99	28,99	2	5	3
Q9	3,40	1,06	31,05	2	5	3
Q10	3,47	1,13	32,47	1	5	4
Q11	4,40	0,83	18,82	3	5	2
Q12	3,00	1,07	35,63	2	5	3
Q13	3,87	0,83	21,56	3	5	2
Q14	3,27	0,88	27,05	2	5	3
Q15	4,27	0,59	13,91	3	5	2
Q16	3,73	1,03	27,66	2	5	3
Q17	4,07	0,59	14,60	3	5	2
Q18	4,00	0,53	13,36	3	5	2
Q19	4,13	0,52	12,49	3	5	2
Q20	4,13	0,74	17,98	3	5	2
Q21	3,80	0,77	20,38	2	5	3
Q22	4,07	0,80	19,64	2	5	3
Q23	4,00	0,76	18,90	2	5	3
Q24	3,53	0,92	25,91	2	5	3
Q25	3,67	0,62	16,83	2	4	2
Q26	1,53	1,06	69,14	1	5	4

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Em seguida, foi avaliado as médias dos escores por domínios, utilizando a escala de 4 a 20, conforme o

quadro a seguir. Os achados revelam que a qualidade de vida percebida pelos participantes foi relativamente satisfatória, com média total de 15,28 ($\pm 1,75$). O domínio mais bem avaliado foi o psicológico, com média de 16,40 ($\pm 2,06$), indicando boa percepção dos participantes em relação ao bem-estar emocional, autoestima, concentração e sentido de vida. Em seguida, os domínios relações sociais (16,02 $\pm 2,11$) e físico (15,62 $\pm 2,31$) também apresentaram escores elevados, sugerindo níveis adequados de suporte social, interação interpessoal e funcionalidade física.

Por outro lado, o domínio meio ambiente apresentou a menor média entre todos (14,07 $\pm 2,72$), evidenciando uma percepção menos favorável em relação a fatores externos, como segurança, acesso a lazer e recursos financeiros. A autoavaliação da qualidade de vida (14,53 $\pm 3,42$) também apresentou escore inferior aos demais domínios, sugerindo que, embora aspectos específicos estejam relativamente preservados, a percepção global da própria qualidade de vida ainda é moderada.

Quadro 5 - Escore por domínio na escala de 4 a 20, Sobral, Ceará, 2025

Domínio	Média ($\pm DP^*$)	Mínimo	Máximo
Físico	15,62 ($\pm 2,31$)	12,00	20,00
Psicológico	16,40 ($\pm 2,06$)	11,33	20,00
Relações Sociais	16,00 ($\pm 2,71$)	10,67	20,00
Meio Ambiente	14,07 ($\pm 2,14$)	11,50	19,00
Autoavaliação da QV	14,53 ($\pm 3,42$)	6,00	20,00
TOTAL	15,28 ($\pm 1,75$)	12,92	19,08

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

DISCUSSÃO

A análise dos resultados revelou não apenas aspectos positivos, mas também desafios enfrentados pelos ACS. Os altos desvios padrão em determinados domínios indicam grande heterogeneidade entre os participantes, possivelmente associada a desigualdades de acesso a recursos, diferentes condições de trabalho e contextos de vida no território de Sobral/CE. Estudos nacionais apontam situação semelhante, evidenciando variações regionais significativas na atuação dos ACS¹⁵, além da influência de fatores ocupacionais e de saúde individual sobre sua capacidade laboral¹⁶. Ademais, condições sociais e ambientais adversas, como violência e escassez de recursos logísticos, também afetam a efetividade do trabalho desses profissionais¹⁷.

O perfil sociodemográfico identificado neste estudo reforça a tendência de feminização e maturidade da categoria dos ACS. Tal predominância de mulheres, na faixa etária de 40 a 50 anos, evidencia não apenas a histórica inserção feminina no cuidado em saúde, mas também a sobreposição de papéis sociais, uma vez que muitas conciliam o trabalho formal com responsabilidades familiares. Estudos prévios apontam que essa sobrecarga pode contribuir para níveis elevados de estresse e desgaste físico e emocional¹⁸.

O elevado grau de escolaridade observado – com mais da metade dos participantes possuindo ensino superior – é um dado relevante, pois supera as exigências mínimas da função. Essa característica pode refletir tanto maior qualificação dos profissionais quanto um desalinhamento entre o nível de formação e as condições objetivas de trabalho e remuneração. Em vez de se traduzir em melhores perspectivas profissionais, o investimento em educação pode, paradoxalmente, gerar frustração diante da baixa valorização financeira e social, já registrada em outros estudos^{19,20}.

Outro ponto que merece atenção é a contradição entre a percepção positiva de valorização por colegas e superiores (100%) e o baixo reconhecimento da comunidade (40%). O vínculo, conceito central na Atenção Primária à Saúde, é considerado condição para a corresponsabilização e continuidade do cuidado²¹. A baixa percepção de reconhecimento sugere fragilidades nessa relação, o que pode comprometer a efetividade das ações no território e gerar sentimentos de desmotivação nos ACS.

As condições de trabalho e de segurança revelaram um cenário ainda mais preocupante: dois terços dos participantes relataram experiências de discriminação e a grande maioria afirmou já ter atuado em áreas de conflito territorial. Essa realidade, também descrita em pesquisas sobre violência urbana, está associada ao medo, à limitação da atuação profissional e ao sofrimento psíquico dos trabalhadores²². Ainda que parte

desses profissionais demonstre resiliência, o enfrentamento cotidiano da violência acaba por naturalizar condições laborais que deveriam ser inaceitáveis do ponto de vista da saúde ocupacional e da proteção social.

Quanto à saúde, chama a atenção a baixa procura pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mesmo em um contexto de potenciais riscos para a saúde mental. Esse dado pode indicar lacunas no acesso ou, ainda, uma banalização do sofrimento, como já observado em pesquisas sobre burnout em ACS^{19, 20}. Soma-se a isso a presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em parte da amostra e a baixa adesão à prática de atividade física, elementos que espelham não apenas a vulnerabilidade da população atendida, mas também a reprodução dessas vulnerabilidades nos próprios profissionais¹⁸.

A avaliação da qualidade de vida mostrou nuances interessantes. O domínio psicológico apresentou os melhores escores, sinalizando resiliência e preservação de autoestima e sentido de vida, mesmo diante de adversidades. Esse achado contrasta com estudos que descrevem altos índices de estresse e esgotamento em equipes da Estratégia Saúde da Família²³, mas pode ser explicado pela valorização interna no ambiente de trabalho, que atua como fator protetivo¹⁷. Por outro lado, a pior avaliação concentrou-se no domínio do meio ambiente, sobretudo em aspectos relacionados à segurança, lazer e situação financeira, o que confirma tendências já observadas em outros contextos da Atenção Primária²⁴.

A discrepância entre as avaliações positivas em domínios específicos e a percepção global apenas moderada de qualidade de vida sugere que os ACS conseguem elaborar estratégias de enfrentamento subjetivo, mas ainda vivenciam restrições estruturais que limitam o bem-estar de forma integrada. Trata-se de uma tensão já evidenciada na literatura: trabalhadores satisfeitos em aspectos relacionais, mas desvalorizados em termos materiais e sociais^{15,17}.

Portanto, os resultados aqui discutidos evidenciam a necessidade de políticas públicas voltadas não apenas para a capacitação técnica dos ACS, mas também para o fortalecimento de condições de trabalho dignas, reconhecimento social e proteção diante da violência urbana. A manutenção da qualidade de vida dessa categoria depende de ações intersetoriais que ultrapassem o campo da saúde, envolvendo segurança pública, lazer, educação e valorização salarial.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar as percepções dos agentes comunitários de saúde dos bairros Terrenos Novos I e II, em Sobral/CE, acerca de sua qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social e ambiental. Os resultados revelaram um quadro marcado por contradições: embora os ACS demonstrem forte vínculo com a comunidade e relatem satisfação nas relações de trabalho, enfrentam sobrecarga, desvalorização e condições adversas que comprometem seu bem-estar.

Destaca-se que o domínio psicológico foi o melhor avaliado, sugerindo resiliência e autoestima entre os profissionais, enquanto o domínio ambiental apresentou os piores índices, refletindo insatisfação com segurança, recursos financeiros e oportunidades de lazer. Além disso, a baixa percepção de reconhecimento pela comunidade e os relatos de discriminação e excesso de carga laboral indicam fragilidades importantes na estrutura de apoio a esses trabalhadores.

Diante desse cenário, conclui-se que as políticas públicas voltadas ao fortalecimento da Estratégia Saúde da Família precisam ir além da capacitação técnica, incorporando indicadores subjetivos de bem-estar e ações que contemplem segurança, valorização profissional e condições de trabalho mais dignas, dando visibilidade às experiências cotidianas dos profissionais que operam o cuidado nos territórios. Sugere-se ainda que pesquisas futuras aprofundem as razões da baixa adesão dos ACS à Rede de Atenção Psicossocial, considerando o contexto de intenso desgaste emocional vivenciado por essa categoria, essencial para o fortalecimento do SUS.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Júlia Paiva Ladeira, Larisse Maria Gomes Oliveira Valentim Feitosa e Richelly Maria Rodrigues Holanda foram responsáveis por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo. **Fablicia Martins de Souza** contribuiu com a elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo. **Myrna Maria Arcanjo Frota Barros e Kilvia Helane Cardoso Mesquita** foram responsáveis por contribuições substanciais para a concepção, análise e interpretação do estudo, bem como aprovação da versão final do estudo a ser publicado.

REFERÊNCIAS

- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&obra=14609. Acesso em: 5 mar. 2025.
- Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha LVC, Carvalho JC, editores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2025.
- Brito TO. Avaliação dos serviços da Atenção Primária à Saúde na ESF de Sobral, Ceará [dissertação]. Sobral: Universidade Federal do Ceará; 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/69597>. Acesso em: 5 mar. 2025.
- Lino. Agente Comunitário de Saúde: uma história de conquistas em prol da saúde da população. A Casa dos Agentes [Internet]. 2023. Disponível em: <https://acasadosagentes.org.br/2023/03/08/agente-comunitario-de-saude-uma-historia-de-conquistas-em-prol-da-saude-da-populacao/>. Acesso em: 5 mar. 2025.
- Andrade LOM, Martins Junior T. Saúde da Família: construindo um novo modelo – a experiência de Sobral. Sanare [Internet]. 2013;1(1). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/215>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- Brasil. Ministério da Saúde. Memórias da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em: 15 mar. 2025.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama do município de Sobral [Internet]. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- Silva HP, Gonçalves RF. A experiência de Sobral: gestão da saúde e resultados. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 249–72. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- Folha de S. Paulo. Em bairro mais populoso de Sobral (CE), moradores lidam com vírus e violência ao mesmo tempo [Internet]. São Paulo: Folha; 2020. Disponível em: <https://temas.folha.uol.com.br/o-brasil-das-varias-pandemias/sobral/em-bairro-mais-populoso-de-sobral-ce-moradores-lidam-com-virus-e-violencia-ao-mesmo-tempo.shtml>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- Secretaria Municipal de Saúde de Sobral. Dados internos do município de Sobral. Sobral; 2023. Acesso em: 15 mar. 2025.
- Brasil. Ministério da Saúde. Edital nº 9/2023 – PET Saúde Equidade 2024–2026. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen: World Health Organization; 1991. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe. Acesso em: 15 mar. 2025.
- WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med. 1998;28(3):551–8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9626712/>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. Rev Bras Qual Vida. 2010;2(1):31–6. doi: 10.3895/S2175-08582010000100004. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- Santos AF, Rocha HA, Lima AMLD, Abreu DMX, Silva EA, Araujo LHL, et al. Contribution of community health workers to primary health care performance in Brazil. Rev Saude Publica. 2020;54:143. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002327. Acesso em: 15 mar. 2025.
- Anjos JPD, Freitas RF, Almeida KSM, Caldeira AP, Popoff DAV, Rocha JSB. Prevalence and factors associated with inadequate work ability among community health workers in Montes Claros, Minas Gerais state, Brazil: a cross-sectional study, 2018. Epidemiol Serv Saude. 2024;33:e2023354. doi: 10.1590/S2237-96222024v33e2023354.en. Acesso em: 15 mar. 2025.
- Jatobá A, Bellas HC, Bulhões B, Koster I, Arcuri R, Carvalho PVR. Assessing community health workers' conditions for delivering care to patients in low-income communities. Appl Ergon. 2020;82:102944. doi: 10.1016/j.apergo.2019.102944. Acesso em: 15 mar. 2025.
- Santos FAAS, Sousa LP, Serra MAAO, Rocha FAC. Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. Acta Paul Enferm. 2016;29(2):191–7. doi: 10.1590/1982-

0194201600027. Acesso em: 15 mar. 2025.

19. Fontan MP, Silva AP. Prática profissional dos agentes comunitários de saúde do município de Conceição do Castelo-ES. Aracê. 2025;7(4):17224-40. doi: 10.56238/arev7n4-094. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4338>. Acesso em: 25 mar. 2025.

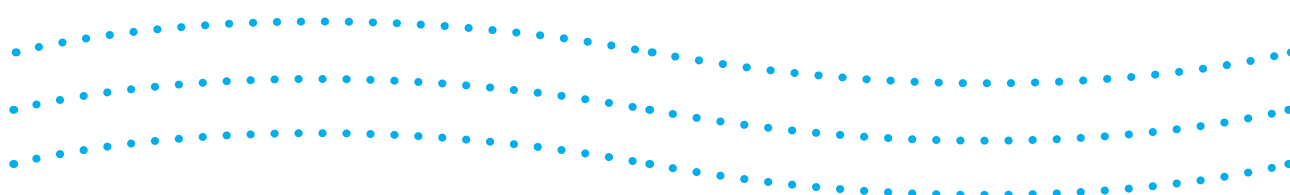
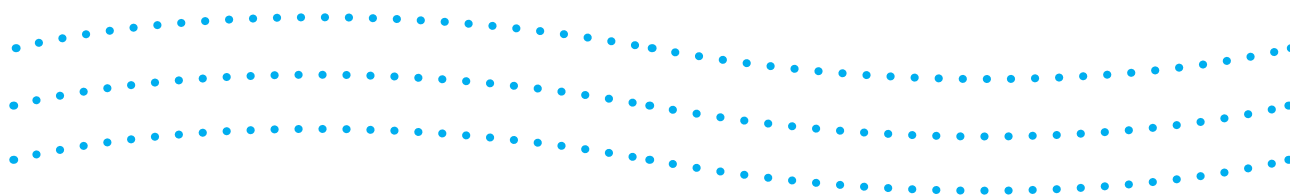
20. Menguer LS, Pereira EV, Silva ACR, Farias JM. Burnout syndrome and job satisfaction in community health workers. Rev Bras Med Trab. 2023;21(4):1-9. doi: 10.47626/1679-4435-2021-903. Acesso em: 25 mar. 2025.

21. Barbosa MIS, Bosi ML. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. Interface (Botucatu). 2017;21(63):635-47. doi: 10.1590/S0103-73312017000400008. Acesso em: 25 mar. 2025.

22. Vinicius C, Lopes M. Violência urbana e condições de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma comunidade da região metropolitana [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/31604/1/Diserta%C3%A7%C3%A3o%20Final.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2025.

23. Balabem ACCP, Oliveira MN, Herval AM, Bernardino IM, Vieira WA, Rodrigues RPCB, et al. Quality of life of Family Health Strategy professionals: a systematic review. Sao Paulo Med J. 2021;139(4):331-40. doi: 10.1590/1516-3180.2020.0661.R2.0902021. Acesso em: 25 mar. 2025.

24. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL, et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. Cien Saude Colet. 2017;22(5):1705-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1705.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2025.



LAÇOS INVISÍVEIS: AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS E O SEU IMPACTO NO TRABALHO EM EQUIPE

INVISIBLE TIES: INTERPERSONAL RELATIONSHIPS AND THEIR IMPACT ON TEAMWORK

LAZOS INVISIBLES: LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y SU IMPACTO EN EL TRABAJO EN EQUIPO

Ingrdyh Maria Gomes Damasceno ¹Antônia Márcia Macedo de Sousa ²Sibele Pontes Rocha ³Maria Laiza de Souza ⁴Lielma Carla Chagas da Silva ⁵Ana Cláudia Costa Sampaio ⁶**Como Citar:**

Damasceno IMG, Souza AMM, Rocha SP, Sousa ML, Silva LCC, Sampaio ACC. *Laços invisíveis: as relações interpessoais e o seu impacto no trabalho em equipe. Sanare. 2025;24(2).*

Descritores:

Atenção Primária à Saúde; Relações Interpessoais; Agentes Comunitários de Saúde.

Descriptors:

Primary Health Care; Interpersonal Relations; Community Health Agents.

Descriptores:

Atención Primaria de Salud; Relaciones Interpersonales; Agentes Comunitarios de Salud.

Submetido:

17/03/2025

Aprovado:

01/10/2025

Autor(a) para Correspondência:

Ingrdyh Maria Gomes Damasceno
Av. John Sanford, 1320 - Junco,
Sobral - CE, CEP:62030-000
E-mail: ingrydhdamasceno@gmail.com

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e garante acesso integral à população brasileira. A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pela coordenação do cuidado em saúde, organiza-se em equipes inseridas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesse contexto, destaca-se a necessidade de interação mútua entre os profissionais, a qual se concretiza por meio das relações interpessoais, que refletem os vínculos estabelecidos entre os indivíduos. O presente estudo teve como objetivo viabilizar ações que fortalecessem as relações interpessoais no ambiente laboral de uma UBS. Trata-se de uma pesquisa intervencionista, com abordagem qualitativa, realizada no período de abril a junho de 2023, destinada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foram desenvolvidas atividades de educação em saúde com temas emergentes da realidade vivenciada pelos participantes, por meio de rodas de conversas, exibição de vídeos e imagens, utilização de palavras disparadoras, discussões temáticas, momentos de cuidado e aplicação de instrumentos avaliativos. Conclui-se que existem barreiras complexas que dificultam a efetivação do trabalho em equipe, embora observem melhorias no processo de trabalho quando este é realizado de forma coletiva. Assim, torna-se de fundamental importância a constante discussão do tema entre os profissionais, usuários e serviços.

1. Especialista em Saúde da Família em Caráter de Residência Multiprofissional Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia Residente Multiprofissional em Vigilância em Saúde. E-mail: ingrydhdamasceno@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2545-1233>.

2. Mestra em Saúde da Família pela UFC. E-mail: marcittapersonalgym@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3296-2281>.

3. Enfermeira Mestre em Saúde da Família. E-mail: sibelepontesrocha@gmail.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9001-7265>.

4. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família em Caráter de Residência Multiprofissional pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. Residente Multiprofissional em Saúde pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: mllaizasouza15@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4217-1794>.

5. Enfermeira. Mestre e Doutoranda em Saúde da Família. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Membro do Laboratório de Pesquisa Social, educação Transformadora e Saúde Coletiva Labsus-UVA/CNPq. E-mail: lielmacarla@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2688-9309>.

6. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e Doutoranda em Saúde da Família pela FIOCRUZ/UVA. Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: anasampaioodeon@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1730-8568>.

Cert. de Redação Científica e Edição de texto: Yanna Glícia Vasconcelos. Revisão de provas: Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) is one of the largest public health systems in the world and guarantees full access to the Brazilian population. Primary Health Care (APS) is responsible for coordinating health care, and it is organized in teams working within the Basic Health Units (UBS). In this context, the need for mutual interaction among professionals stands out, taking form through interpersonal relationships, which reflect the bonds established between individuals. The present study aimed to facilitate actions that strengthen interpersonal relationships in the work environment of a UBS. This was an interventional research with a qualitative approach, conducted from April to June 2023, targeting Community Health Agents (ACS). Health education activities were with themes emerging from the participants' lived reality, through conversation circles, videos and images displays, the use of prompting words, thematic discussions, moments of care and the application of assessment instruments. It is concluded that there are complex barriers hinder effective, although improvements in the work process are observed when it is carried out collectively. Thus, it is fundamentally important to constantly discuss the topic among professionals, users and services.

RESUMEN

El Sistema Único de Salud (SUS) constituye uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo y garantiza el acceso integral a la población brasileña. La Atención Primaria de Salud (APS) es responsable de la coordinación del cuidado en salud y se organiza en equipos insertos en las Unidad Básica de Salud (UBS). En este contexto, se destaca la necesidad de una interacción mutua entre los profesionales, la cual se concreta a través las relaciones interpersonales que reflejan los vínculos establecidos entre los individuos. El presente estudio tuvo como objetivo viabilizar acciones que fortalecieran las relaciones interpersonales en el ambiente laboral de una UBS. Se trata de una investigación de tipo intervencionista, con enfoque cualitativo, realizada en el abril a junio de 2023, dirigida a los Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Se desarrollaron actividades de educación en salud con temas emergentes de la realidad vivida por los participantes, por medio de círculos de conversación, exhibición de videos e imágenes, uso de palabras disparadoras, discusiones temáticas, momentos de cuidado y aplicación de instrumentos de evaluación. Se concluye que existen barreras complejas que dificultan la efectivación del trabajo en equipo, aunque se observan mejoras en el proceso de trabajo cuando este se realiza de forma colectiva. Así, se torna fundamental importancia la constante discusión del tema entre los profesionales, los usuarios y los servicios.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como um dos amplos e complexos sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o atendimento, como a aferição da pressão arterial, até o transplante de órgãos, garantindo, assim, acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país¹.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), considerada o principal mecanismo de reorganização do sistema de saúde, é preferencialmente representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), à qual se atribui o desafio de romper a lógica tradicional de assistência à saúde para que o cuidado seja baseado na família e no contexto social, por meio de uma atenção com base interdisciplinar². Dentro da APS, o serviço é organizado em equipes e, para garantir bom funcionamento do trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS), é necessária interação mútua de todos os componentes, de modo que essas interações

.....
aconteçam, principalmente, a partir das relações interpessoais.

O cuidado em saúde é estabelecido pelas relações entre as pessoas, que são consideradas um instrumento de trabalho e sua carência ou limitação podem afetar diretamente o cuidado³. Nesse sentido, fortalecer esses vínculos se torna tarefa desafiadora, pois, como destacam Peduzzi e Agreli (2018)⁴, constituir uma equipe requer trabalho, além de se tratar de uma construção contínua e dinâmica, em que os profissionais se conhecem e aprendem a trabalhar em conjunto para discernir o trabalho, conhecimentos e o fazer de cada profissão.

Conforme Carvalho (2022)⁵, as interações humanas no local de trabalho podem ser positivas ou negativas. O conhecimento e a valorização dessas relações, bem como seus efeitos, ainda são assuntos negligenciados em diferentes instituições. Peduzzi e Agreli (2018)⁴ apontam que é a partir da boa interação em equipe que podemos conhecer as características, demandas e necessidades de saúde

da população; definir de forma compartilhada os objetivos comuns da equipe; e realizar de forma compartilhada o planejamento das ações e dos cuidados de saúde.

Essas relações surgem a partir da união de diversos personagens, onde juntos precisam estreitar diálogos e fazeres, comungar opiniões, planejar ações e tomar decisões assertivas, exercitando a corresponsabilidade para melhor resultado no espaço laboral.

A discussão a respeito deste tema pode trazer inúmeras vantagens para otimização do trabalho em equipe e tem como objetivo principal desenvolver ações que possam favorecer o fortalecimento das relações interpessoais no ambiente laboral, além do estímulo para desenvolver com corresponsabilidade de todos os membros desta equipe um ambiente de trabalho saudável, onde o conjunto, cada dia mais afinado, possa produzir em forma de ações efetivas para si e para os usuários do serviço melhores resultados, além do que este bom relacionamento deve favorecer a saúde mental no espaço institucional, projetando feitos significativos no serviço.

METODOLOGIA

De acordo com Jonsson (2010, p.3), citado por Oyadomari *et al.* (2009)⁶, a pesquisa intervencionista pode ser compreendida como uma das variações da Pesquisa Ação, sendo amplamente recomendada por sua capacidade de gerar resultados aplicáveis à realidade investigada.

O público ao qual essa proposta se destinou foi o quadro completo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma Unidade Básica de Saúde - UBS, em Sobral, Ceará, que conta com total de 12 ACS, porém, a partir do convite, foi obtido a participação de 10 ACS. Essa categoria foi priorizada por entender que é a categoria base na UBS. Os critérios para inclusão nesse estudo foram: a) fazer parte do quadro de funcionários da UBS em questão na categoria de Agente Comunitário de Saúde; b) interesse em participar da pesquisa; c) não estar de férias ou em qualquer licença do serviço.

A pesquisa ocorreu no ano de 2023, entre os meses de abril a junho, e os momentos aconteceram em datas previamente acordadas, ao todo aconteceram cinco encontros, entre o planejamento com a gerência, assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os momentos de cuidado e educação em saúde. Os temas buscaram sensibilizar a equipe quanto a relevância do trabalho em equipe, autocuidado e respeito, assim como colaboração mútua e um momento terapêutico baseado nas escutas das participantes. O cronograma de atividades está disposto no quadro 1, a seguir.

Quadro 1. Cronograma das ações realizadas:

ETAPAS	AÇÕES/PARTICIPANTES	OBJETIVO	DATA
1ª	Reunião com Gerente da unidade	Apresentação da proposta de intervenção e acordos de datas e horários	27/04/2023
	Encontro com os participantes da categoria Agentes Comunitários de Saúde	Apresentação da proposta de intervenção, assinatura dos TCLE e esclarecimento de dúvidas.	02/05/2023
2ª	1º Momento de Cuidado	Sensibilização sobre a importância do trabalho em equipe. Tema: Trabalho em Equipe e Cooperação Mútua.	18/05/2023
	2º Momento de Cuidado	Reflexão acerca do impacto das relações interpessoais no cotidiano do serviço. Tema: Autocuidado e Empatia.	01/06/2023
3ª	Culminância	Momento de escuta e partilha a respeito dos temas e reflexão da intervenção.	15/06/2023

Fonte: Própria.

As informações coletadas por meio de depoimentos, fotos, vídeos e observações sempre eram avaliadas ao final de cada encontro, em conjunto com os participantes, a fim de trazer a reflexão à tona. As informações

contidas nos momentos de diálogo e reflexão foram examinadas a partir da análise de conteúdo de Minayo.

Minayo *et al.* (2001)⁷ consideram que a análise de conteúdo, na atualidade, é compreendida como um conjunto de técnicas com suas funções principais na sua aplicação: a verificação de hipóteses e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Esta análise conta com técnicas diversas de análises de textos e de depoimentos, por exemplo.

Além do mais, foram seguidos os princípios estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, individual ou coletivamente, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais, assegurando todos os seus direitos durante a condução do estudo⁸. Foram preservados os preceitos bioéticos, assim sendo: a autonomia, a benevolência e a justiça, garantindo os direitos dos participantes da pesquisa pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constituindo-se condição essencial para participar da pesquisa.

Na ocasião, os participantes foram esclarecidos acerca de eventuais dúvidas sobre a pesquisa. Conforme estabelecido no documento, foi assegurado a liberdade para desistir a qualquer momento, bem como o respeito à confidencialidade das informações e identificações. No que se refere aos riscos da pesquisa, destacam-se o possível desconforto e(ou) receio dos Agentes Comunitários de Saúde em expor situações pessoais ou constrangimentos ao dialogar frente aos colegas de equipe. Em contrapartida, os benefícios do estudo se relacionaram na melhor fluidez do serviço e interação em equipe, tornando o ambiente mais leve para o trabalho de todos.

O estudo seguiu os protocolos éticos que dispõem sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras, portanto anterior ao início da coleta de dados, este foi submetido à Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da plataforma Brasil com parecer aprovado de número 6.007.488.

RESULTADOS

As intervenções pertinentes a esta pesquisa foram realizadas em encontros coletivos, com 10 das 12 ACS da UBS em questão. Todas as participantes eram mulheres, com idade entre 35 e 55 anos, atuando na unidade há no mínimo dois anos, sendo que algumas

possuíam mais de 15 anos de experiência na função, exercendo suas atividades naquela mesma área. Os encontros ocorreram na sala de reuniões da própria unidade de saúde, e os temas foram trabalhados progressivamente, a cada encontro, e contaram com subtópicos colocados em pauta. Vale ressaltar que as participantes recebiam convite via *WhatsApp* uma semana antes de cada momento, com local, horário e tema.

O primeiro momento de intervenção aconteceu no dia 18 de maio de 2023, com início às 14h30, e os subtópicos apresentados foram “Trabalho em Equipe” e “Colaboração Mútua”. Foi preparado um ambiente tranquilo, com colchonetes ao chão em formato de círculo, além de incenso e música relaxante, onde foi orientado que elas ficassem o mais confortáveis possível. A princípio foi constituído um momento meditativo para favorecer a atenção plena, sequencialmente aconteceu apresentação de um vídeo curto sobre as dificuldades de quando não se trabalha em equipe, e, por fim, palavras e imagens disparadoras foram dispostas sobre o círculo para iniciar a discussão. O instrumento avaliativo foi preenchido com a opinião das participantes sobre como elas se sentiram nesse momento, sobre o quanto elas consideram o trabalho em equipe importante, entre outros questionamentos para a compilação dos dados.

No dia 01 de junho ocorreu o segundo encontro de intervenção, realizado no mesmo local, com início às 14h30. O subtópico trabalhado foi “Autocuidado” e “Empatia”. A dinâmica inicial consistiu na dinâmica denominada “Trem de Canetas”, que, para própria realização, requer organização e planejamento em equipe. Só a partir da montagem completa do “trem” as participantes puderam entrar na sala, com execução de alguns comandos coletivos com objetivo de manter as canetas equilibradas e o trem estruturado, sem deixar nenhuma caneta cair no chão ou desfazer o trem. Esse momento foi leve e descontraído, seguido por uma reflexão como: “o trabalho do outro impacta o meu trabalho e como o meu trabalho impacta o trabalho do outro”. Em seguida, foi desenvolvida a atividade “Varal das Qualidades”, momento rico em reconhecer em si próprias qualidades valiosas e refletir sobre o cuidado consigo mesma e reconhecimento de quem se é. O encontro foi finalizado com o preenchimento de um instrumento avaliativo, com o mesmo intuito do anterior, porém com perguntas voltadas para a reflexão pessoal sobre a contribuição dentro do

serviço em equipe.

Findando as intervenções no dia 15 de junho, no mesmo local e horário, foi dado início a culminância dos momentos. Antes da dinâmica de abertura foi distribuída de maneira aleatória saquinhos com peças de quebra-cabeças, e o quebra-gelo foi a leitura do texto: “O Garotinho Chamado Amor!”. Seguido da montagem de um quebra-cabeça e finalizando com o momento “Troque um Afeto por um Café”, foi montado um mural, no qual cada uma poderia deixar mensagens de incentivo e estímulos para si mesma ou para as colegas e, a partir disso, foi feito um lanche coletivo. Os momentos foram muito proveitosos, com participação ativa do grupo, fotos, gravações, vídeos, lembranças e partilha de ideias e anseios.

DISCUSSÃO

Segundo Sousa e Puentes-Palácios (2011)⁹, as equipes de trabalho são consideradas fortes alavancas para o desempenho das organizações que necessitam manter-se à frente no mercado, inovando e produzindo continuamente. Nesse contexto, as equipes passaram a ser reconhecidas principalmente pela produtividade; logo, a compreensão de seu desempenho tornou-se fundamental.

No primeiro encontro de intervenção, após os ritos iniciais e as apresentações devidas, foi possível entender o que aquele público conhecia por trabalho em equipe, suas próprias percepções, a relevância que consideravam que o trabalho coletivo no cotidiano laboral, bem como as facilidades possíveis dentro do fazer em conjunto, assim como os impasses na realização prática desse tipo de trabalho. Ficou claro, a partir das falas das participantes, que o público ao qual esse estudo se destinou entende que o trabalho em equipe é fortalecedor e facilitador do seu fazer.

Peduzzi *et al.* (2020)¹⁰ deixa claro que o trabalho em equipe é necessário e constitui um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade, tanto das necessidades de saúde que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada, como da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede. Observa-se na fala:

“O trabalho em equipe são todos juntos por um objetivo em comum, mas aqui no posto nem todo mundo sabe trabalhar em equipe.”
(Elis Regina)

Ao que parece, a consciência do trabalho em equipe e o quanto a sua relevância é incontestável fica claro no diálogo proposto com as participantes do estudo, porém, observa-se também, que não tem acontecido da maneira que elas mesmas consideram correta.

“Dentro do trabalho em equipe vemos coisas erradas, fofocas nos corredores, ou algum comentário com teor duvidoso sobre os colegas da mesma equipe e isso acaba por enfraquecer o serviço e a confiança.” (Marisa Monte)

É notório que, para que as relações interpessoais se estabeleçam e atuem como atenuantes no próprio fazer, permitindo a produção de bons frutos, um dos adjetivos a ser explorado, é, sem dúvidas, a confiança em todos os seus sentidos. A confiança foi citada por grande parte das participantes, e é a partir dela que se desenvolve a teia invisível que confere significado a todas as demais interações.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991 como uma das estratégias do Ministério da Saúde para reorganizar os serviços de saúde e aprimorar o acesso e a qualidade da atenção à população¹¹. Os ACS vêm se apresentando como uma parcela que produz expressivamente e disseminam o conceito de saúde, seja por meio de auxílio na implementação das políticas de saúde, desenvolvendo um papel fundamental, ou pelo fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Nunes *et al.* (2002)¹² apontam que o fato de o ACS conviver com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde reside e atua, aliado à sua formação a partir de referenciais biomédicos, torna-o um agente que veicula as contradições, bem como possibilita um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas. Observa-se, na prática dentro da UBS, um certo orgulho dos ACS em conhecer a fundo o território em que atuam, podendo compartilhar informações sobre usuários com precisão, para além, até mesmo, do que os próprios usuários compartilham em consultas e atendimentos. Sem dúvidas, esse constitui o principal diferencial dessa categoria.

O ACS é um elo forte entre a comunidade e os serviços de saúde, e desenvolvem ações de suma importância. Importante frisar que os ACS estão atribuídos de funções que são norteadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) desde 2006 e

viveu um redesenho em 2017. Aquelas consideradas como gerais – comuns a todos os membros da ESF – e as específicas ao cargo de ACS¹³.

Entre as atribuições gerais, encontram-se: a) participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; b) articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada; c) realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público¹³.

Ao longo dos anos, e a partir das mudanças significativas das políticas públicas de saúde – principalmente aquelas voltadas à Atenção Primária à Saúde –, o fazer do Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi se modificando. Diante dos desmontes sofridos pelo setor saúde nos últimos anos, o ACS passou a contar com várias outras atribuições e responsabilidade, o que o levou a perceber o próprio trabalho sob uma nova perspectiva, como afirma:

“Nosso trabalho perdeu a essência, viramos números.” (Gal Costa).

Barbosa e Buesso (2019)¹⁴ afirmam que um baixo nível de satisfação dos profissionais no trabalho pode afetar o relacionamento com os pacientes e interferir no próprio tratamento oferecido. Outro indicador relevante de qualidade dos serviços é a avaliação dos níveis de sobrecarga dos trabalhadores.

Com base nas respostas obtidas nesta intervenção, é notório que o trabalho tem limitado o conceito de saúde, tanto para os usuários quanto para os próprios trabalhadores. A partir dessa reflexão, torna-se possível endossar o quanto a saúde dentro do ambiente laboral impacta em relações interpessoais – e, inversamente, como estas influenciam o cuidado em saúde –, onde a relação entre saúde e cuidado necessita de mais luz.

CONCLUSÃO

O intuito desta pesquisa-intervenção foi possibilitar que as participantes explorassem seus sentimentos e anseios, trazendo a problemática à luz para que fosse possível compreender quais são, de fato, os obstáculos que dificultam a efetivação do

trabalho em equipe e o quão relevante as relações interpessoais significavam dentro deste processo. À medida que essas relações se tornam mais leves, as parcerias tendem a ser mais consistentes e duradouras, consequentemente aperfeiçoando a harmonia no ambiente de trabalho. Com essa fluidez, os profissionais podem incorporar o trabalho em equipe em suas rotinas, tornando-se defensores e personagens ativos dessa prática.

As participantes deste estudo expressaram enorme satisfação com os momentos e sugeriram, inclusive, que acontecessem periodicamente encontros como os propostos, o que evidencia a impressão sobre o impacto positivo das intervenções e o quanto os momentos de cuidado e escuta são benéficos e necessários dentro de um sistema em que o fazer profissional se torna, a cada dia, mais robotizado. Falar sobre emoções, relações e perspectivas é sempre tocante ao ser humano, principalmente dentro do ambiente de trabalho, onde se dedica grande tempo de vida.

Por fim, sugere-se a ampliação de estudos e intervenções a respeito do tema, que se mostrou de suma importância, para melhor compreensão e discussões que possam trazer aos profissionais estratégias sobre as facilidades e vantagens do trabalho em equipe. Recomenda-se, ainda, que encontros e momentos similares aos propostos sejam incorporados como agenda fixa, fazendo parte das atividades o cuidado com o profissional, que, antes de tudo, é um ser humano.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Antonia Márcia Macêdo de Sousa contribuiu na supervisão e orientação teórica e metodológica, revisão crítica e apoio na redação e revisão final. **Sibele Pontes Rocha** contribuiu realizando a revisão crítica do manuscrito. **Maria Laiza de Souza** contribuiu com a análise crítica dos dados da pesquisa e redação do texto. **Lielma Carla Chagas da Silva** contribuiu nas discussões, análise e redação final do texto. **Ana Cláudia Costa Sampaio** contribuiu com a revisão crítica do trabalho, oferecendo sugestões e recomendações que auxiliaram no aprimoramento da pesquisa e na consolidação da versão final.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde: Estruturas, Princípios e como funciona. 2020.

2. Costa GD da, Cotta RMM, Ferreira M de L da SM, Reis JR, Franceschini S do CC. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do assistencial. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009Jan;62(1):113-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017>.

3. Bianconi, ALM., Sanchis, DZ., Aroni, P., Barreto, MFC., Rossaneis, MÂ., & Haddad, MDCFL. (2020). Relações interpessoais de equipes multiprofissionais na atenção domiciliar: revisão integrativa. Revista Eletrônica de Enfermagem, 22, 59594-59594.

4. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018;22:1525-34. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>

5. Carvalho, JP. Violências no local de trabalho médico. São Paulo, SP. Femina. 2022.

6. Oyadomari JCT, Assis WA de, Simãozinho S de M, Mendonça Neto OR de, Dultra-de-Lima RG. Pesquisa intervencionista: análise dos estudos empíricos internacionais em Gestão Estratégica de Custos - doi: 10.4025/enfoque.v31i2.16117. Enf.:Ref. Cont. [Internet]. 2º de agosto de 2012 [citado 5º de fevereiro de 2025];31(2):63-4. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Enfoque/article/view/16117>

7. Minayo, MC de S. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 14 ed. Petrópolis, 2001.

8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013, seção 1, p. 59.

9. Souza MGS de, Puente-Palacios KE. A influência do autoconceito profissional na satisfação com a equipe de trabalho. Estud psicol. (Campinas) [Internet]. 2011Jul;28(3):315-25. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300003>.

10. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM da, Souza HS de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab. Educ. saúde [Internet]. 2020;18:e0024678. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol0046>.

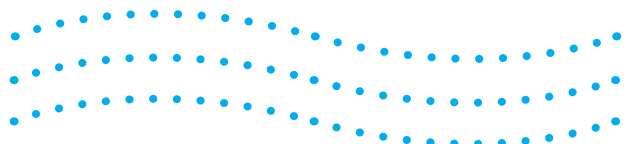
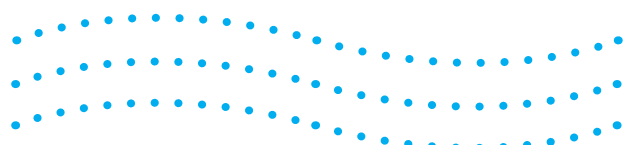
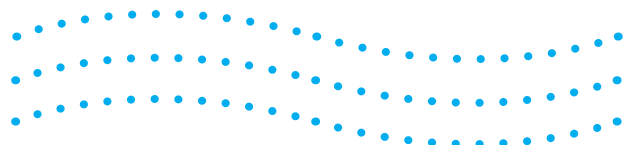
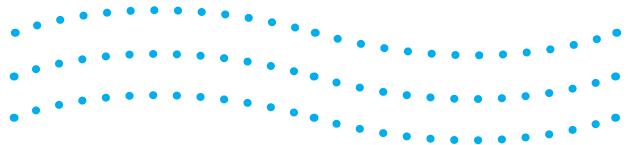
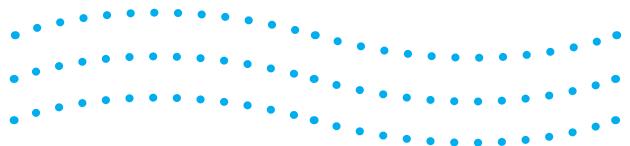
11. Ministério da Saúde (BR). Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

12. Nunes M de O, Trad LB, Almeida B de A. Homem CR, Melo MCI de C. O Agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. Saúde Pública [Internet].

2002Nov;18(6)1639-46. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x20020006000018>.

13. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n. 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). Diário Oficial. Seção 1, Brasília, p. 68.

14. Buesso, TS; Barbosa, GC. O impacto da sobrecarga de trabalho e a satisfação do trabalhador em saúde mental. Revista Saúde (Sta.Maria), v. 45, n.2, 2019.



DO (DES)CONHECIMENTO À PRÁTICA: A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO CHAVE PARA A EFETIVIDADE DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

FROM KNOWLEDGE GAPS TO PRACTICE: CONTINUING HEALTH EDUCATION AS A KEY TO THE EFFECTIVENESS OF THE NATIONAL VITAMIN A SUPPLEMENTATION PROGRAM

DEL (DES)CONOCIMIENTO A LA PRÁCTICA: LA EDUCACIÓN PERMANENTE COMO CLAVE PARA LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINA A

Noélia Azevedo Castro ¹

Helena Alves de Carvalho Sampaio ²

Tamires Alexandre Félix ³

Bruna Queiroz Allen Palácio ⁴

Francisco Valdicélio Ferreira ⁵

Como Citar:

Castro NA, Sampaio HAC, Félix TA, Palácio BQA, Ferreira FV. Do (des) conhecimento à prática: a educação permanente como chave para a efetividade do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. *Sanare*. 2025; 24(2).

Descritores:

Deficiência de Vitamina A; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Capacitação Profissional; Saúde da Criança; Deficiências Nutricionais.

Descriptors:

Vitamin A Deficiency; Primary Health Care; Health Education; Professional Training; Child Health; Nutritional Deficiencies.

Descriptores:

Deficiencia de Vitamina A; Atención Primaria de Salud; Educación en Salud; Capacitación Profesional; Salud del Niño; Deficiencias Nutricionales.

Submetido:

17/07/2025

Aprovado:

12/11/2025

Autor(a) para Correspondência:

Noélia Azevedo Castro
End: Rua Pintor Lemos, 877 - Centro,
Sobral - CE
E-mail: noelianutricionista149@gmail.com

RESUMO

Este estudo-intervenção teve como objetivo fortalecer o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS). A pesquisa foi realizada em Sobral/CE, com abordagem mista, envolvendo profissionais da atenção básica. A intervenção incluiu diagnóstico situacional, capacitação sobre o manejo da vitamina A e elaboração de um guia educativo. Os resultados demonstraram lacunas no conhecimento prévio sobre o PNSVA, especialmente em relação à dosagem, monitoramento e contraindicações. Após a intervenção, os participantes relataram maior segurança técnica, valorização da EPS e reconhecimento da utilidade prática do guia educativo como instrumento de apoio ao cuidado. A análise qualitativa evidenciou que a EPS promoveu a troca de saberes, o fortalecimento da prática clínica e a melhoria da resolutividade dos serviços. Conclui-se que a Educação Permanente em Saúde, aliada a materiais educativos, contribui para a efetividade das políticas públicas e para a qualificação do cuidado à infância.

1. Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS). Residência Multiprofissional em Saúde da Família. E-mail: noelianutricionista149@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4377-7816>

2. Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: helena.sampaio@uece.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5353-8259>

3. Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA). E-mail: tamiresafelix@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9297-7764>

4. Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: bruna.queiroz@aluno.uece.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2188-4656>

5. Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: celionutri@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6347-2844>

ABSTRACT

This intervention study aimed to strengthen Brazil's National Vitamin A Supplementation Program (PNSVA) within the Family Health Strategy (ESF) through Continuing Health Education (EPS) initiatives. Conducted in Sobral, CE, this mixed-method study involved primary care professionals. The intervention included a situational diagnosis, training on vitamin A management, and the development of an educational guide. The findings revealed gaps in preexisting knowledge concerning the PVSVA, regarding dosage, monitoring, and contraindications. Post-intervention, participants reported increased technical confidence, a greater appreciation for EPS, and valued the guide's practical utility as a tool to support care delivery. The qualitative analysis showed that EPS fostered knowledge exchange, enhanced clinical practices, and improved the problem-solving capacity of health services. In conclusion, Continuing Health Education, combined with educational materials, contributes to the effectiveness of public policies, and enhances child health care.

RESUMEN

Este estudio-intervención tuvo como objetivo fortalecer el Programa Nacional de Suplementación de Vitamina A (PNSVA) en el contexto de la Estrategia de Salud Familiar (ESF), mediante acciones de Educación Permanente en Salud (EPS). La investigación se llevó a cabo en Sobral/CE, con un enfoque mixto, e involucró a profesionales de la atención primaria. La intervención incluyó un diagnóstico situacional, una capacitación sobre el manejo de la vitamina A y la elaboración de una guía educativa. Los resultados evidenciaron lagunas en el conocimiento previos sobre el PNSVA, especialmente en lo referente a dosificación, monitoreo y contraindicaciones. Después de la intervención, los participantes reportaron mayor seguridad técnica, valoración de la EPS y reconocimiento de la utilidad práctica de la guía educativa como instrumento de apoyo al cuidado. El análisis cualitativo mostró que la EPS promovió el intercambio de saberes, fortaleció la práctica clínica y mejoró la resoluntividad de los servicios. Se concluye que la Educación Permanente em Salud aliada a meteriales educativos, contribuve a la efectividad de las políticas públicas y a la calificación del cuidado de la infãncia.

.....

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Suplementação da Vitamina A (PNSVA), instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 729/2005, tem como objetivo prevenir e controlar casos de hipovitaminose A, contribuindo para a redução da mortalidade infantil em crianças de 6 a 59 meses, por meio da suplementação profilática da vitamina A¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 2,8 milhões de crianças em idade pré-escolar são afetadas por essa deficiência, considerada um grave problema de saúde pública em mais de 60 países, resultando em aproximadamente 500 mil casos de cegueira infantil por ano².

No Brasil, a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) apontou alta prevalência de deficiência de retinol sérico em crianças de até cinco anos, com destaque para as regiões Nordeste (19,0%) e Sudeste (21,6%)³. A Deficiência de Vitamina A (DVA) está associada a condições como xerofthalmia, comprometimento do crescimento, déficit imunológico e aumento da morbimortalidade por infecções⁴. Por outro lado, a hipervitaminose A também apresenta potencial tóxico, podendo causar náusea, icterícia, vômitos e alterações neurológicas⁵.

A alimentação adequada constitui uma estratégia fundamental para a prevenção da deficiência de vitamina A, uma vez que suas principais fontes incluem alimentos de origem animal, como pescados, fígado bovino, frango, ovos, queijos produzidos com leite integral, manteiga e o próprio leite integral. Destacam-se também as fontes vegetais, especialmente legumes e frutas de coloração amarelo-alaranjada – como cenoura, abóbora madura, moranga, manga e mamão –, além das hortaliças de folhas verde-escuras, como bredo, caruru, mostarda e couve, e dos frutos de palmáceas, como dendê, buriti e pupunha.

Todavia, o consumo desses alimentos ainda é limitado em diversas regiões do país, principalmente em decorrência de fatores culturais, o que reforça a importância da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) como estratégia essencial na prevenção e no enfrentamento da deficiência de vitamina A no Brasil^{4,5}. Tais alimentos integram o padrão alimentar da população brasileira, desde que sejam asseguradas condições adequadas de segurança alimentar.

Nesse contexto, a suplementação de vitamina A é amplamente implementada no Sistema Único de Saúde (SUS), com participação ativa de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuam na

promoção de práticas alimentares saudáveis e na EAN⁶. A EAN é reconhecida como ação estratégica para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e para a efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)¹. No entanto, a inserção da EAN nos programas de controle da DVA tem se mostrado limitada, marcada por interrupções, ausência de avaliação contínua e baixo investimento, quando comparada a outras estratégias, como a fortificação de alimentos⁷.

Entre as principais estratégias utilizadas para a suplementação e a operacionalização do PNSVA no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), destacam-se: a suplementação durante campanhas de vacinação, a realização do “Dia D” da suplementação, a busca ativa com o apoio das equipes da ESF nos territórios, a suplementação em escolas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) e a suplementação de rotina nas Unidades de Saúde. Quanto à operacionalização do PNSVA no sistema de saúde, esta segue o fluxo orientado pelo Ministério da Saúde, no qual as megadoses de vitamina A são adquiridas pelo Ministério, distribuídas aos estados e, posteriormente, repassadas aos municípios, que são responsáveis pela execução do programa no âmbito da ESF¹.

Diante desse panorama, evidencia-se a necessidade de efetivação local do PNSVA e de capacitação contínua das equipes de saúde, reforçando a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) como instrumento de transformação das práticas e de fortalecimento das ações de controle da DVA. Contudo, desafios persistem, como a escassez de profissionais qualificados, a baixa divulgação das ações e a fragilidade no planejamento e na avaliação das estratégias desenvolvidas⁷.

Assim, o presente estudo tem como objetivo fortalecer o PNSVA no âmbito da ESF do município de Sobral/CE, contribuindo para o aperfeiçoamento do conhecimento e a capacitação da equipe multiprofissional quanto ao manejo da suplementação da vitamina A.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo⁸, do tipo pesquisa-intervenção⁹, com abordagem mista, contemplando métodos quantitativos e qualitativos^{10,11}. A pesquisa foi realizada entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024, no município de Sobral/CE, especificamente no território do Centro de Saúde da Família Dr. Luciano

Adeodato, respeitando os preceitos da Resolução nº 580, de 22 de março de 2018.

Participaram do estudo profissionais da equipe mínima de saúde – médicos, enfermeiros, ACS e técnicos de enfermagem – em exercício durante o período da pesquisa, além de outros profissionais ou estudantes que estavam presentes no momento da intervenção e manifestaram interesse em participar. Foram excluídos os profissionais afastados por licença, férias, atestado, bem como aqueles que optaram por não participar do estudo.

A intervenção seguiu o método de Thiollent¹², iniciando pela etapa de planejamento, que envolveu a identificação da problemática e a compreensão da realidade local. Foi aplicado um questionário antes da intervenção para análise no que diz respeito ao conhecimento prévio dos profissionais relacionado ao PNSVA. Na etapa de desenvolvimento, foram realizadas ações de EPS com os participantes, promovendo diálogo e capacitação sobre o manejo da suplementação da vitamina A, com base nas recomendações do Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes do Ministério da Saúde. Como produto da intervenção, foi elaborado um Guia Educativo sobre Suplementação de Vitamina A, adaptado do conteúdo oficial, destinado a servir como ferramenta de apoio nos atendimentos de puericultura. Por fim, na etapa de avaliação, os participantes responderam a um questionário pós-intervenção sobre o conhecimento adquirido, a relevância da intervenção e a utilidade do guia no processo de trabalho. As respostas fechadas foram agrupadas e analisadas em frequência percentual, enquanto as respostas abertas foram transcritas, submetidas à leitura flutuante e organizadas em categorias¹¹.

A presente pesquisa é parte de uma pesquisa maior intitulada “A Educação Permanente em Saúde como Estratégia de Fortalecimento do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A”, e foi conduzida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o Parecer nº 6.312.750 e CAAE nº 73646623.7.0000.5053.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão partem das ações realizadas e da coleta de dados da intervenção através de questionários utilizados com os participantes da pesquisa de forma quantitativa e a análise

qualitativa por meio de categorias temáticas.

Quantidade e Perfil dos Participantes da Intervenção Realizada em uma Unidade de Saúde

A atividade foi desenvolvida em uma unidade de saúde composta por duas equipes, ambas participantes da pesquisa. A unidade fica localizada no município de Sobral, na região Norte do Ceará, a aproximadamente 222 km da capital, Fortaleza. O território correspondente ao Centro de Saúde da Família Dr. Luciano Adeodato está localizado na zona urbana, porém não possui seu perímetro delimitado somente por um único bairro, encontrando-se mistificado com parte do bairro Centro e bairro Tamarindo. Essa configuração territorial resulta da redivisão dos bairros para a implantação da nova Unidade de Saúde do Centro, compreendendo uma extensão de 81km². O território dispõe de grandes centros comerciais, clínicas de saúde, equipamentos sociais, entre outros serviços, além de contar com um público rotativo entre comerciantes e universitários.

Ao todo, participaram 20 pessoas, sendo 15 do sexo masculino (75,0%) e 5 do sexo feminino (25,0%). Quanto à formação e função profissional, registraram-se: 2 acadêmicos de enfermagem (10,0%), 7 ACS (35,0%), 2 assistentes administrativos (10,0%), 2 auxiliares de escritório (10,0%), 1 auxiliar de farmácia (5,0%), 1 auxiliar de saúde bucal (5,0%), 1 enfermeira (5,0%), 2 médicos (10,0%) e 2 técnicos de enfermagem (10,0%). Destacou-se a presença significativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que representaram 35% dos participantes, o que reforça a importância desse profissional na busca ativa das crianças a serem suplementadas com a megadose de vitamina A¹³.

Para identificar o conhecimento prévio dos profissionais acerca do PNSVA, foi aplicado um formulário específico, elaborado com base no Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes do Ministério da Saúde¹, conforme apresentado a seguir.

Descrição do Formulário Assim como as Perguntas que Foram Realizadas para Conhecimento Prévio sobre a Temática.

Na perspectiva de identificar o conhecimento prévio dos profissionais sobre o PNSVA, foi elaborado um formulário (Figura 01). O instrumento foi criado

de acordo com as orientações presentes no Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes¹, referentes à suplementação de vitamina A.

Figura 01 - Formulário para captação do conhecimento prévio sobre o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

FORMULÁRIO DE CONHECIMENTO PRÉVIO SOBRE O PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

Nome: _____
Idade: _____
Categoria Profissional: _____
Especialização: _____
Sexo: _____

1. Você conhece o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A?

2. Você tem conhecimento sobre vitamina A?

3. Sabe onde pode ser encontrada? E qual sua função no organismo?

4. Em casos de carência de vitamina A, pode acontecer algum prejuízo na saúde do indivíduo?
Sim ou Não, se sim, justifique.

5. Qual público prioritário do PNSVA atende?
 06 a 24 meses apenas
 06 a 36 meses
 06 a 59 meses, podendo variar de acordo com cada região
6. Nos atendimentos de puericultura está sendo conversado sobre a suplementação?
 Sim
 Não
7. Como é realizado o monitoramento e acompanhamento da vitamina A?

8. Existe diferenças de dose e frequência para administração da suplementação?

9. Qual intervalo seguro para acontecer essa administração do suplemento?
 4 meses
 6 meses
 1 ano
 2 anos ou mais
10. Qual via de administração?
 Intramuscular
 Oral
11. Existe alguma contra indicação para suplementação?

12. É correto utilizar objetos perfurocortantes para abrir as cápsulas?
 Sim
 Não
13. Caso a criança cuspa a vitamina na hora da administração, o que deve ser feito?

14. Caso esteja em falta a dosagem de 200.00 UI, que deve ser administrada para o paciente, podemos administrar duas doses 100.00 UI para completar 200.00 UI?
 Sim
 Não
15. E em casos onde estiver disponível apenas dose de 200.00 UI, e a dose que deve ser administrada for 100.00 UI, é correto ofertar a metade de uma dose de 200.00 UI?
 Sim
 Não
16. Como deve acontecer o descarte correto das cápsulas após o uso?

17. Como profissional, você sente falta de materiais educativos sobre a temática para auxiliar nos momentos de educação alimentar e nutricional?

18. Você considera importante o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A? por que?

19. Dúvidas gerais.

Fonte: Autores, 2024.

O formulário inicia questionando se o participante conhece o PNSVA. Em seguida, indaga se o participante possui conhecimento sobre a vitamina A, incluindo suas fontes alimentares e sua função no organismo. Também é perguntado se, em casos de carência de vitamina A, pode haver prejuízos à saúde do indivíduo, solicitando justificativa caso a resposta seja afirmativa. O participante é solicitado a identificar qual é o público prioritário atendido pelo PNSVA, com as seguintes opções: crianças de 06 a 24 meses, 06 a 36 meses ou 06 a 59 meses, podendo variar conforme a região. Por fim, questiona-se, durante os atendimentos de puericultura, a temática da suplementação de vitamina A tem sido abordada.

O formulário segue questionando como é realizado o monitoramento e acompanhamento da suplementação, se há diferenças de dose e frequência para sua administração e qual é o intervalo seguro para a administração do suplemento, apresentando as seguintes opções: 4 meses, 6 meses, 1 ano ou 2 anos ou mais. Também é investigada a via de administração – se intramuscular ou oral –, bem como a existência de contraindicações para a suplementação. Pergunta-se se ainda é correto utilizar objetos perfurocortantes para abrir as cápsulas, com as opções de resposta sim ou não. Caso a criança cuspa a vitamina durante a administração, pergunta-se o que deve ser feito nessa situação.

O formulário também investiga a conduta em situações de falta da dosagem de 200.000 UI, questionando se é correto administrar duas doses de 100.000 UI para completar a dose necessária, e, inversamente, se for necessário administrar 100.000 UI, mas apenas disponível a dose de 200.000 UI, se é adequado ofertar metade dessa dose. Ademais, o instrumento aborda como deve ser feito o descarte adequado das cápsulas após o uso e questiona se o profissional sente falta de materiais educativos sobre o tema para apoiar momentos de educação alimentar e nutricional. Por fim, o participante é convidado a informar se considera importante o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, solicitando justificativa para a resposta.

Descrição das Respostas Referente à Aplicação do Formulário com Objetivo de Obter o Conhecimento Prévio dos Participantes Relacionado ao Programa Nacional de Suplementação da Vitamina A

Os dados coletados revelaram aspectos relevantes acerca do conhecimento prévio dos profissionais em relação à suplementação de vitamina A. Quando questionados sobre o PNSVA, 50% dos participantes afirmaram conhecê-lo, enquanto 45% relataram não ter conhecimento e 5% indicaram ter conhecimento parcial. Esses resultados demonstram a existência de lacunas na disseminação de informações relativas às políticas públicas de micronutrientes, o que pode comprometer a efetividade das ações preventivas no território^{1,14}.

Em relação à vitamina A, 80% dos respondentes declararam já ter ouvido falar sobre o micronutriente, enquanto 15% afirmaram desconhecê-lo e 5% relataram conhecimento parcial. Tal evidência reforça a necessidade de fortalecer estratégias de educação permanente em saúde, considerando que o domínio técnico-científico dos profissionais é um fator determinante para a adequada execução das políticas de suplementação^{11,15}.

No que diz respeito à prática profissional, observou-se que a maioria dos participantes (80%) afirmou que a temática da suplementação é abordada durante os atendimentos de puericultura, enquanto 20% indicaram que essa discussão não ocorre nesses momentos. Esse dado é relevante, pois o contato rotineiro com crianças e seus responsáveis nas consultas de puericultura configura um espaço oportuno para o desenvolvimento de ações educativas e de orientação nutricional¹⁶.

Quando indagados sobre a diferenciação entre as doses e a frequência recomendada para a suplementação de vitamina A, 65% dos profissionais demonstraram reconhecer corretamente essas especificidades, enquanto 35% declararam desconhecê-las. A literatura aponta que o manejo adequado da suplementação exige capacitação contínua, visto que erros na administração ou no intervalo das doses podem comprometer a eficácia da estratégia^{1,2}.

Com relação ao intervalo seguro entre as doses de suplementação, a maioria dos participantes (80%) respondeu corretamente o intervalo de seis meses, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Ainda assim, 15% indicaram o intervalo de um ano e 5%

afirmaram não saber, o que sinaliza a necessidade de reforço nas ações formativas. Por outro lado, todos os participantes (100%) reconheceram que a via correta de administração da vitamina A é a via oral, demonstrando uniformidade nesse aspecto técnico.

Contudo, outras questões apresentaram divergências sobre a utilização de objetos perfurocortantes para abertura das cápsulas de vitamina A. Observou-se que 60% dos profissionais responderam corretamente que esse procedimento não deve ser realizado, enquanto 40% ainda indicaram a prática incorreta. Situações como essas reforçam o alerta para riscos sanitários e falhas de biossegurança⁵. Neste caso, a abertura correta da cápsula deve ser realizada exclusivamente por meio do ato de torcer sua extremidade e puxá-la para cima, sem o uso de alfinetes ou outros objetos perfurocortantes, evitando, assim, acidentes e prevenindo a contaminação do suplemento¹.

No caso de recusa ou perda da dose – situação exemplificada quando a criança cospe o suplemento – verificou-se que 45% dos profissionais afirmaram que não deve ser administrada novamente, enquanto 20% disseram que a dose deve ser repetida e 35% não sabiam como proceder. A ausência de consenso nesse ponto mostra a necessidade de protocolos claros e treinamentos regulares com as equipes. Neste sentido, vale destacar a importância da educação permanente com as equipes, realizando treinamentos como recomenda o Ministério da Saúde através do Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes¹. Este caderno destaca que devem ser tomados alguns cuidados ao administrar a megadose de vitamina A. Dentre estes cuidados, o profissional de saúde que administrar a dose de vitamina A na criança deve ficar atento para garantir que ela ingira todo o conteúdo da cápsula, evitando derramamentos, e orienta que, caso a criança cuspa o produto, não deve ser administrada uma nova cápsula.

Além disso, ao serem questionados sobre o conhecimento das diferentes dosagens utilizadas no programa (100.000 UI e 200.000 UI), verificou-se que 70% dos participantes relataram não saber diferenciá-las, 5% afirmaram não ter certeza e apenas 25% demonstraram conhecimento adequado. A dificuldade em identificar corretamente as dosagens pode comprometer a segurança da suplementação, além de aumentar o risco de toxicidade por hipervitaminose^{4,5}.

Com relação ao descarte correto das cápsulas,

observou-se que 75% dos profissionais indicaram o lixo hospitalar como destino apropriado, enquanto 25% não souberam informar, o que reforça a importância de integrar também a temática dos resíduos de saúde nas capacitações. Conforme orienta o Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes¹, as cápsulas vencidas devem ser encaminhadas à Vigilância Sanitária municipal para incineração, enquanto as cápsulas utilizadas devem ser descartadas em recipientes apropriados para resíduos de serviço de saúde (“lixo hospitalar”).

Por fim, 95% dos participantes consideraram importante a disponibilização de materiais educativos nas Unidades Básicas de Saúde para subsidiar ações de educação alimentar e nutricional. A oferta de instrumentos pedagógicos facilita a abordagem com as famílias, potencializando o empoderamento dos usuários e a promoção do cuidado integral^{6,17}.

A Vitamina A e Qual sua Função no Organismo

Para a análise das questões abertas presentes na pesquisa optou-se pela abordagem qualitativa, por meio da técnica de análise temática de conteúdo, conforme proposta por Minayo¹¹. As respostas foram inicialmente transcritas na íntegra e, em seguida, submetidas à leitura flutuante, etapa que possibilitou a imersão no material e a identificação de sentidos emergentes. A partir disso, os conteúdos foram organizados em categorias temáticas, com o objetivo de apreender os principais núcleos de significado expressos pelos participantes. Esse processo permitiu uma compreensão mais aprofundada das percepções, dúvidas e conhecimentos relacionados à suplementação de vitamina A no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Desse modo, quando os participantes foram questionados sobre as fontes alimentares de vitamina A e sobre sua função no organismo, observou-se uma diversidade de respostas, o que demandou a apresentação desses dados sob a perspectiva qualitativa para melhor compreensão. Assim, procede-se à análise de algumas falas representativas dos respondentes.

“Por meio da alimentação (se de forma natural) como presente no mamão, frutas escuras, leguminosas, atuando para uma boa visão e no sistema imunológico” (Participante 16);

“Sim. Frutas como abacate, legumes como cenoura e jerimum. Melhora a visão pele, saúde dos olhos, cabelos” (Participante 17);

“Conheço algumas frutas e legumes que podemos encontrar vitamina A, assim como suplementos específicos. Vitamina A tem algumas funções no organismo, seja de origem dermatológica, neurológica, etc.” (Participante 20).

A deficiência de vitamina A constitui uma das carências nutricionais mais relevantes entre os grupos biologicamente vulneráveis, como crianças e gestantes, sendo, por essa razão, reconhecida como um problema de saúde pública em vários países em desenvolvimento, inclusive o Brasil¹³. Essa deficiência pode acarretar em severas consequências à saúde infantil, tais como a diminuição do crescimento e do desenvolvimento, distúrbios oculares, déficit imunológico e aumento da morbimortalidade associada a infecções respiratórias, diarreia e sarampo. Dentre os benefícios da Vitamina A, destacam-se a sua função antioxidante e anti-inflamatória, manutenção do sistema imunológico, renovação celular e desenvolvimento de tecidos, cuidados com a visão e tecidos oculares, formação de colágeno e desenvolvimento embrionário e infantil¹⁸.

Sobre a Carência da Vitamina A e Quais Prejuízos pode Causar

No que diz respeito à pergunta sobre os possíveis prejuízos à saúde decorrentes da carência de vitamina A, todos os participantes responderam afirmativamente. Entretanto, observou-se que nem todos souberam explicar adequadamente sua resposta. Mediante isso, destacam-se a seguir algumas falas dos participantes:

“Sim, porque sem ela pode ocasionar muitos danos a nossa saúde [...]” (Participante 5);

“Sim, prejuízos, principalmente a visão, além de sintomas mais específicos, com tontura, cefaleia e mal-estar [...]” (Participante 11);

“Sim. Visão embaçada, pele ressecada, queda de cabelo, unhas quebradiças e baixo crescimento” (Participante 18).

A função fisiológica mais conhecida da vitamina

A é a do processo visual; contudo, seu papel estende-se à regulação do sistema imunológico, à modulação do crescimento e à resposta a infecções. Logo, a deficiência desse micronutriente acarretará no aumento da morbimortalidade e doenças infecciosas, além de estar associada à baixa estatura e ao baixo peso em crianças em idade pré-escolar¹⁹.

Dentre as deficiências de micronutrientes, a deficiência de vitamina A se destaca, ficando atrás apenas da deficiência de ferro, mesmo nos países desenvolvidos. O quadro de cegueira noturna é um dos primeiros sintomas relacionados a DVA, e quando não identificada e tratada precocemente, pode evoluir para o quadro de xerofthalmia, síndrome ocular que pode desencadear em cegueira irreversível²⁰.

Sobre o Monitoramento da Suplementação da Vitamina A na Unidade de Saúde

Quando foi abordado a respeito do monitoramento da suplementação da vitamina A, as respostas que mais se destacaram foram:

“A cada 06 meses as crianças recebem uma dose, monitorar através de planilhas, mas a gerente, também cobra pendência” (Participante 2);

“A criança começa com a primeira dose a partir dos 6 meses de idade com a vit A de 100.000 UI” (Participante 3);

“Através do cartão de vacina, no monitoramento da vacinadora” (Participante 8).

O registro das ações é parte importante de qualquer atividade dos serviços de saúde, mas para o PNSVA, o Ministério da Saúde recomenda a ficha de procedimentos do e-SUS APS, na opção “administração de vitamina A”, para o registro dos dados. Durante a entrega da megadose de vitamina A, o registro deverá conter na ficha de procedimentos no Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional de saúde e na CNS do cidadão, com data de nascimento e sexo da criança suplementada¹.

No que diz respeito à Indicação da Suplementação da Vitamina A na Unidade de Saúde

Ao serem questionados se existe contra-indicação para suplementação de vitamina A, apenas três

respostas afirmaram que sim, estas estão em destaque abaixo:

“Sim, não realizar administração em crianças abaixo de 6 meses e acima de 04 anos, 11 meses e 29 dias” (Participante 1);

“Sim, não administrar em crianças abaixo de 6 meses, não administrar em crianças acima de 4 anos, 11 meses e 29 dias” (Participante 3);

“Sim, não administrar em crianças abaixo de 6 meses, não administrar em crianças acima de 4 anos, 11 meses e 29 dias” (Participante 4).

O PNSVA apresenta critérios específicos conforme as especificidades de cada região do país. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ficaram com a faixa etária de 6 a 59 meses; Sul e Sudeste com a faixa etária de 6 a 24 meses; e as crianças assistidas pelo SasiSUS 6 a 59 meses. Logo, a partir do sexto mês de vida, as crianças devem receber as doses de Vitamina A. Em casos de crianças que já recebem NutriSUS ou outro polivitamínico que já contenha a Vitamina A, também não é recomendado fazer a suplementação¹.

A vitamina A é um micronutriente essencial que deve ser fornecido na dieta, pois não pode ser sintetizada pelos seres humanos. As crianças são mais vulneráveis à sua deficiência, principalmente as que vivem em condições precárias de alimentação. Em países de renda baixa, a média é amplamente aceita que a deficiência de micronutrientes são responsáveis por infecções e/ou processos inflamatórios crônicos na infância²¹.

Quando Questionados Sobre a Importância do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e suas Maiores Dúvidas Relacionadas

Em destaque, estão as respostas abaixo:

“Sim, pois é necessário que haja intervenções e acompanhamento com a população” (Participante 4);

“Muito, importante para o desenvolvimento da criança até 5 anos de idade” (Participante 7);

“Sim, pois serve para fazer orientações para os profissionais” (Participante 13).

O PNSVA representa uma importância focada na promoção, prevenção e tratamento da deficiência da suplementação da vitamina A. Além disso, o programa também é responsável por elaborar estratégias voltadas à melhoria da ingestão da vitamina, como a diversificação dietética e a fortificação de alimentos, onde são realizadas atividades educativas em alimentação e nutrição, levando conhecimento para famílias beneficiárias⁷.

O PNSVA compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, bem como à prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos relacionados à deficiência de vitamina A. Contudo, é necessário um elo ainda mais forte com a atenção básica, a fim de estudar os territórios e as condições de famílias com características socioeconômicas desfavoráveis, pois estas podem interferir na escolha dos alimentos consumidos pela família²².

Quando questionado sobre as maiores dúvidas relacionadas a suplementação da Vitamina A, observa-se algumas falas em destaque:

“Formas de monitoramento. Não ter conhecimento aprofundado sobre o assunto” (Participante 1);

“Tudo, porque não existe conhecimento sobre o programa” (Participante 9);

“Quero saber a utilidade da vitamina. Entender os motivos desse programa, vantagens e importância da vitamina, ajudaria a persuadir as mães a trazerem as crianças” (Participante 17).

Com base nas respostas obtidas pelos participantes, foi elaborado um treinamento fundamentado no Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes¹, sobre todas as informações necessárias relacionadas à suplementação de vitamina A. Paralelamente, foi desenvolvida uma cartilha intitulada “Cartilha Educativa de Suplementação de Vitamina A na Estratégia Saúde da Família”, entendendo como uma ferramenta educativa dinâmica, de visual leve, informações fidedignas e linguagem clara e objetiva, favorecendo o entendimento do leitor. A cartilha foi apresentada aos participantes no segundo encontro em formato de EPS. Os participantes foram acolhidos e, em seguida, apresentado a cartilha em projeção

multimídia e de forma impressa.

Ao fim da intervenção, aplicou-se alguns questionamentos a respeito dos momentos realizados e das contribuições que a EPS trouxe de melhoria sobre o entendimento do tema e para o processo de trabalho.

Relato dos Participantes da Pesquisa Após a Realização da Intervenção Sobre a Suplementação da Vitamina A na Unidade de Saúde

As questões abertas aplicadas aos profissionais de saúde foram transcritas e submetidas à leitura flutuante¹¹, permitindo a imersão no conteúdo e a identificação dos principais sentidos expressos nas falas. As perguntas abordaram percepções sobre o impacto da EPS no cotidiano de trabalho, como por exemplo: “Quais as contribuições que a EPS trouxe para o seu processo de trabalho?”, “Você considera importante acontecer esses momentos de forma contínua? Por quê?” e “A EPS conseguiu ser eficiente diante das dúvidas sobre o tema?”. Também se buscou compreender a utilidade prática do material educativo, com questões como: “Você considera o guia educativo uma boa ferramenta de trabalho?” e “Como o guia educativo pode contribuir no seu processo de trabalho?”. A análise temática dessas respostas permitiu o agrupamento em duas categorias que revelam os efeitos da intervenção educativa na rotina profissional, nas práticas de suplementação e no fortalecimento das ações programáticas de saúde.

O Impacto da Educação Permanente na Qualificação do Processo de Trabalho: Percepções, Aprendizados e Desafios

“Conhecimento riquíssimo sobre o assunto que foi abordado durante a EPS, esclarecimento de dúvidas” (Participante 1);

“Favoreceu o conhecimento acerca da importância da vitamina A no processo de desenvolvimento infantil e seu efeito a longo prazo no organismo” (Participante 5);

“Compreender as necessidades e condições relacionadas a vitamina a e prescrever conforme as doses” (Participante 8);

“É importante os momentos de EPS para aperfeiçoamento profissional e discussão de

casos. Nesse processo há uma troca entre os profissionais em relação a aplicação na sua prática” (Participante 5);

“Sim. Porque são momentos que soma saberes a nossa prática” (Participante 9);

“Sim, pois todo conhecimento é importante na melhoria dos processos de trabalho” (Participante 10);

“Sim, houve uma organização que promoveu fixar as etapas da aplicação da suplementação. Destacando a faixa etária, benefícios e déficits” (Participante 5);

“Sim. Minhas dúvidas estavam mais relacionadas a dose de vitamina A e as indicações” (Participante 8);

“Sim, pois existiam muitas dúvidas a respeito da vitamina. Só sabíamos que ela era necessária, mas não os motivos, dificultando a tarefa de persuadir as mães a trazerem as crianças” (Participante 11);

“Proporcionou entender os benefícios da suplementação, assim é possível orientar aos pais e comunicá-lo a trazer para aplicação da suplementação” (Participante 5).

No que se refere à análise das falas sobre o impacto positivo da EPS na qualificação do processo de trabalho dos profissionais de saúde envolvidos nas ações de suplementação de vitamina A, observou-se que os participantes reconheceram a EPS como um dispositivo fundamental para o aprimoramento do conhecimento técnico-científico, a integração teórico-prática, a troca de saberes interprofissionais e o fortalecimento da comunicação com os usuários. Aspectos fundamentais para a melhoria da qualidade da atenção prestada.

A ampliação do conhecimento técnico foi um dos principais efeitos observados, conforme demonstram as falas: “Conhecimento riquíssimo sobre o assunto que foi abordado durante a EPS, esclarecimento de dúvidas” (P1); “Favoreceu o conhecimento acerca da importância da vitamina A no processo de desenvolvimento infantil e seu efeito a longo prazo no organismo” (P5); e “Compreender as necessidades e condições relacionadas à vitamina A e prescrever conforme as doses” (P8). Esses relatos evidenciam que a EPS possibilitou aos profissionais compreenderem

de forma mais aprofundada o papel da vitamina A no desenvolvimento infantil, bem como aprimorar o domínio sobre sua prescrição e manejo. Essa aprendizagem crítica reflete o princípio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que preconiza o aprendizado a partir das necessidades concretas do processo de trabalho e a valorização do saber técnico e científico como instrumento de transformação da prática profissional²³.

Além da aquisição de novos conhecimentos, as falas revelam mudanças relacionadas à organização e qualificação dos processos de trabalho: *“Sim, pois todo conhecimento é importante na melhoria dos processos de trabalho”* (P10) e *“Sim, houve uma organização que promoveu fixar as etapas da aplicação da suplementação, destacando faixa etária, benefícios e déficits”* (P5). Esses depoimentos indicam que a EPS contribuiu para a padronização de condutas, o fortalecimento do planejamento das ações e a incorporação de boas práticas, refletindo diretamente na qualidade da assistência. Estudos apontam que a EPS promove a aprendizagem organizacional e a reestruturação dos fluxos de trabalho, impactando positivamente na resolutividade do cuidado e na segurança do paciente^{24,25}.

Outro aspecto relevante diz respeito à dimensão coletiva e integradora da EPS, expressa nas falas: *“É importante os momentos de EPS para aperfeiçoamento profissional e discussão de casos. Nesse processo há uma troca entre os profissionais em relação à aplicação na sua prática”* (P5) e *“Sim. Porque são momentos que somam saberes à nossa prática”* (P9). Essas declarações revelam o caráter dialógico da EPS, em que o aprendizado ocorre pela problematização da prática e pela troca de experiências entre diferentes profissionais. Ceccim e Feuerwerker²⁶ enfatizam que a EPS deve ser compreendida como um processo de construção coletiva, que integra ensino, gestão, atenção e controle social, favorecendo a interdisciplinaridade e o fortalecimento do trabalho em equipe. Esse tipo de interação multiprofissional amplia a capacidade de análise crítica e a corresponsabilidade dos trabalhadores na produção do cuidado²⁷.

As falas também evidenciam a superação de dúvidas e o fortalecimento da comunicação com os usuários. *“Minhas dúvidas estavam mais relacionadas à dose de vitamina A e às indicações”* (P8), *“Existiam muitas dúvidas a respeito da vitamina. Só sabíamos que ela era necessária, mas não os motivos, dificultando a tarefa de persuadir as mães a trazerem as crianças”*

(P11), e *“Proporcionou entender os benefícios da suplementação; assim é possível orientar aos pais e comunicá-los a trazer para aplicação”* (P5). Esses relatos demonstram que, ao adquirir maior clareza sobre o papel da vitamina A, os profissionais passaram a se sentir mais seguros para orientar as famílias e estimular a adesão ao programa. A EPS, ao promover a reflexão crítica sobre o porquê das ações, reforça a capacidade comunicativa e educativa dos profissionais, potencializando a efetividade das estratégias de promoção da saúde²⁸. Segundo Davini⁷, a EPS é estratégica para a transformação das práticas de saúde justamente por articular o saber técnico ao saber comunicativo, ampliando o letramento em saúde dos profissionais e, conseqüentemente, da população assistida.

A EPS é reconhecida como uma estratégia essencial para qualificar o trabalho em saúde, pois articula saberes e práticas baseadas nas necessidades do SUS e da população. Trata-se de um processo coletivo e contínuo que ultrapassa ações formais de capacitação, promovendo a construção do conhecimento no cotidiano de trabalho e exigindo mudanças na formação profissional³⁰. Além de oferecer treinamentos, a EPS impulsiona reflexões críticas sobre a prática, considerando o contexto real de atuação, o que contribui para transformações efetivas nas práticas de saúde³¹.

Nesse sentido, a EPS favorece uma releitura das condições de trabalho e das relações estabelecidas nos serviços, promovendo a reorientação das ações e ampliando a resolutividade dos atendimentos³². Ademais, ao estimular a participação e o controle social, a EPS fortalece a articulação entre ensino, serviço e ação, tendo como base a realidade cotidiana e a aprendizagem significativa a partir das experiências concretas dos profissionais³³.

Bortolini *et al.*²² destacam que as ações promovidas pelas unidades de saúde em relação ao PNSVA atuam na promoção da alimentação adequada e saudável, com ações realizadas, em sua maioria, em grupos ou em consultas individuais ou visitas domiciliares. Os autores corroboram que existe a necessidade de qualificação dos profissionais da APS para a oferta de orientações sobre alimentação adequada e saudável, pois a maioria deles, quando questionado sobre o PNSVA, não apresentam conhecimento válido sobre a temática.

Dessa forma, França e Carvalho³⁴ relatam que a falta de capacitação para a EPS com foco na prevenção da DVA foi reconhecida como importante dificultador

para a efetivação das ações educativas. Os autores enfatizam que a EPS promove a valorização do tema de alimentação e nutrição pelos profissionais de saúde, favorecendo a troca de saberes por meio de uma construção coletiva. Campos, Sena e Silva³⁵ afirmam que a utilização de materiais educativos é recomendada como ferramenta nos momentos de EPS e podem ser de diversas formas, como panfletos, cartilhas ou recursos audiovisuais. Tais instrumentos servem de orientação para ações pertinentes ao desenvolvimento da EPS em saúde, de acordo com as especificidades e capacidades de unidade.

Nesse contexto, autores relatam que a EP é um processo pedagógico que contribui com o aprendizado, renovação das habilidades dos profissionais de saúde, proporcionando a qualificação referente ao cuidado, à gestão, planejamento e organização, atuando como uma ferramenta norteadora para disseminação de conhecimento e colaborando com uma assistência de qualidade^{30,36}.

De modo geral, os achados deste estudo corroboram pesquisas anteriores que apontam a EPS como ferramenta indispensável para o fortalecimento das competências profissionais, a melhoria da qualidade do cuidado e a transformação das práticas no Sistema Único de Saúde (SUS). Ao articular teoria e prática no cotidiano do trabalho, a EPS favorece a aprendizagem significativa, promove a integração entre os profissionais e contribui para a consolidação de práticas mais resolutivas, seguras e centradas nas necessidades dos usuários^{23,29}.

Percepções Sobre a Aplicabilidade e Efetividade do Guia Educativo no Cotidiano Profissional

“Sim. Sendo um complemento, a EPS e a cartilha trouxeram grande impacto positivo para as práticas clínicas” (Participante 8);

“Sim. Acredito que trará muitos benefícios, pois é um instrumento viável que pode ser apresentado nas consultas de rotina” (Participante 11);

“Sim, de forma didática e ilustrativa, facilita ser um guia rápido e de fácil fixação” (Participante 5);

“Sim, porque funciona como uma orientação, quando tivermos dúvidas acerca do assunto” (Participante 9);

“Sim, pois como o nome fala, é um guia. Tem todas as informações agrupadas de forma a facilitar o trabalho só traz benefícios” (Participante 11);

“Poderei utilizá-lo sempre que dúvidas surgirem” (Participante 8);

“Com as informações descritas, posso informar melhor aos usuários que procurarem a unidade” (Participante 10);

“Além de facilitar o trabalho, permite que o servidor tenha segurança na sua conduta, pois no caso de dúvidas é possível consultar o guia” (Participante 11).

As percepções dos profissionais acerca da aplicabilidade e efetividade do guia educativo revelaram reconhecimento de seu papel como instrumento facilitador e integrador das práticas clínicas, reforçando a importância de materiais de apoio técnico-pedagógico no processo de educação permanente em saúde (EPS). As falas indicam que o guia foi compreendido como um recurso de consulta prática, de fácil uso e capaz de promover maior segurança e autonomia nas condutas profissionais.

Os participantes expressaram que o guia educativo complementou e consolidou os conhecimentos adquiridos durante a EPS, conforme evidenciam as falas: *“Sendo um complemento, a EPS e a cartilha trouxeram grande impacto positivo para as práticas clínicas”* (P8) e *“Acredito que trará muitos benefícios, pois é um instrumento viável que pode ser apresentado nas consultas de rotina”* (P11). Esses relatos apontam que o guia foi percebido não apenas como um material informativo, mas como um instrumento de apoio permanente à prática assistencial, permitindo a integração entre teoria e prática no cotidiano do trabalho. A literatura reforça que materiais educativos estruturados, quando alinhados à EPS, favorecem a consolidação do conhecimento e a transformação das práticas profissionais^{23,24}.

A característica didática e ilustrativa do guia também foi amplamente valorizada, conforme a fala: *“De forma didática e ilustrativa, facilita ser um guia rápido e de fácil fixação”* (P5). Esse reconhecimento demonstra a importância de estratégias pedagógicas visuais e objetivas no processo de aprendizagem dos profissionais de saúde. De acordo com Davini²⁹, materiais educativos que privilegiam linguagem acessível e recursos gráficos fortalecem o processo de

ensino-aprendizagem, promovendo melhor retenção e aplicabilidade do conteúdo. Nesse sentido, o guia se configurou como ferramenta de letramento técnico e organizacional, favorecendo o uso cotidiano das informações de forma rápida e contextualizada.

Outro ponto recorrente nas falas refere-se ao uso do guia como referência de consulta e instrumento de apoio à tomada de decisão, como expresso pelos participantes: *“Funciona como uma orientação, quando tivermos dúvidas acerca do assunto”* (P9); *“Poderei utilizá-lo sempre que dúvidas surgirem”* (P8); e *“Além de facilitar o trabalho, permite que o servidor tenha segurança na sua conduta, pois no caso de dúvidas é possível consultar o guia”* (P11). Essas percepções evidenciam que o material educativo promoveu autonomia profissional e segurança clínica, aspectos fundamentais para a qualificação do cuidado. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde²⁸, a disponibilização de instrumentos de apoio técnico reforça a autoconfiança dos trabalhadores e contribui para a padronização das ações de saúde, reduzindo inconsistências e ampliando a resolutividade do serviço.

A facilitação da comunicação com os usuários também foi apontada como efeito positivo do uso do guia: *“Com as informações descritas, posso informar melhor aos usuários que procurarem a unidade”* (P10). Essa fala demonstra que o guia educativo transcende a dimensão técnica e contribui para o aprimoramento da prática comunicativa dos profissionais, qualificando a orientação prestada à população. Essa característica está em consonância com o conceito de letramento em saúde organizacional, no qual os materiais educativos funcionam como mediadores entre o conhecimento técnico e a linguagem acessível ao usuário^{37,38}. Assim, o guia fortalece o papel educativo do profissional de saúde, ampliando a compreensão da população sobre o cuidado e promovendo maior adesão às ações de saúde pública, como a suplementação de vitamina A.

De forma geral, as falas revelam que os profissionais percebem o guia educativo como um instrumento de aplicabilidade prática, efetivo na rotina de trabalho e articulado com os princípios da educação permanente. Ao mesmo tempo em que complementa a formação obtida nos momentos educativos presenciais, o guia assegura a continuidade do aprendizado no cotidiano, configurando-se como uma estratégia sustentável de apoio à tomada de decisão e à comunicação profissional-usuário. Esses resultados corroboram estudos que destacam a

importância de recursos didáticos contextualizados e acessíveis como elementos fortalecedores da EPS e da qualidade do cuidado^{24,29,37}.

Portanto, o guia educativo mostrou-se um dispositivo de apoio eficaz para a prática clínica e educativa, contribuindo para a padronização das condutas, o aumento da segurança dos profissionais e a melhoria da comunicação com os usuários. Sua aplicabilidade e efetividade reforçam o potencial das estratégias combinadas de Educação Permanente e materiais educativos no fortalecimento dos processos de trabalho e na consolidação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa evidenciaram a relevância da EPS no contexto da ESF, especialmente no que se refere ao fortalecimento do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA). As análises das respostas dos participantes revelaram que, inicialmente, muitos apresentavam dúvidas ou desconhecimento sobre o programa. No entanto, após a realização da intervenção com o uso da Cartilha Educativa sobre Suplementação de Vitamina A, observou-se uma melhora significativa na compreensão e no engajamento dos profissionais.

Dessa forma, constata-se que o objetivo principal do estudo foi alcançado, ao contribuir para a qualificação das práticas profissionais e o fortalecimento do PNSVA no território da ESF no município de Sobral, Ceará. Os dados obtidos permitiram identificar fragilidades e desafios enfrentados pelos profissionais da unidade em relação ao manejo da suplementação de vitamina A, ao mesmo tempo em que destacaram a importância da EP como ferramenta para aprimorar o conhecimento e apoiar a comunicação com as famílias atendidas.

A educação permanente deve ser efetivada como uma estratégia contínua, incorporada ao cotidiano dos serviços, com vistas à reorientação das práticas profissionais e à qualificação da organização do trabalho. Seus benefícios são amplamente reconhecidos, especialmente por favorecer o desenvolvimento do raciocínio crítico, reflexivo e dialógico acerca das temáticas abordadas.

A busca por inovação nos processos de Educação Permanente deve ser constante e requer o envolvimento ativo dos profissionais, estimulando o interesse por novas formas de aprendizado. Trata-se de um desafio que envolve tanto os gestores

quanto os trabalhadores da saúde, com o intuito de promover uma cultura institucional voltada para o aprimoramento e a transformação das práticas.

Logo, a Atenção Básica em Saúde configura-se como um espaço de grande complexidade, que exige dos profissionais competências que vão além da execução de técnicas e procedimentos. Assim, é fundamental investir em estudos e ações que valorizem o aperfeiçoamento contínuo das equipes. Nesse cenário, a EPS se apresenta como um instrumento mediador essencial para integrar ensino, cuidado, gestão e controle social, contribuindo para uma formação crítica e alinhada às necessidades do sistema de saúde.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Noélia Azevedo Castro contribuiu com a concepção e delineamento do trabalho, coleta e análise de dados, escrita do artigo, participação da discussão dos resultados, redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da versão final. **Helena Alves de Carvalho Sampaio, Bruna Queiroz Allen Palácio, Tamires Alexandre Félix e Francisco Valdicélio Ferreira** contribuíram na concepção e delineamento do trabalho, participação da discussão dos resultados, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

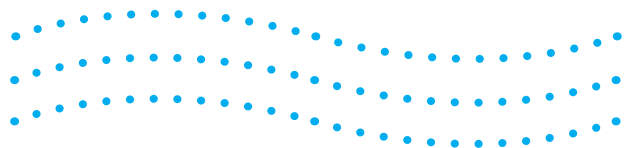
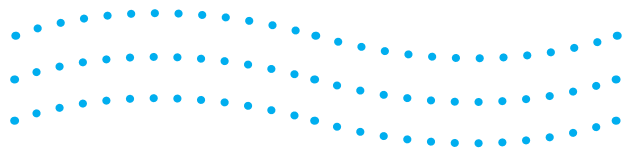
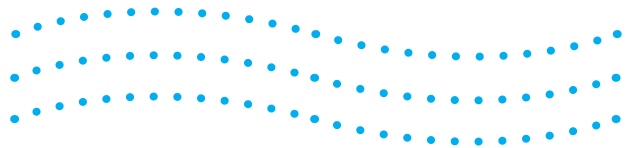
REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
2. World Health Organization. Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005. Geneva: World Health Organization; 2009.
3. Pedraza DF. Implantação das ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família, Paraíba, Brasil. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2019;37(3):98–109.
4. Paiva AA, Silva BCS, Queiroz LB, Lira PIC. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Estado da Paraíba: uma análise a partir do relato de profissionais da Equipe de Saúde da Família. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(3):373–83.
5. Vieira LMA, Freire LM. Hipervitaminose A: toxicidade, riscos e condutas clínicas. *Rev Bras*

Ciênc Saúde. 2021;19(1):45–52.

6. Linhares AMRLC, Albuquerque RAS, Ferreira FV. Atuação do nutricionista na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. *Rev Desafios*. 2020;7(3):1–12.
7. Rodrigues HG, Silva TA, Oliveira GCN. Consumo de vitamina A em gestantes no Vale do Jequitinhonha, Brasil. *Temas Saúde*. 2020;20(6):25–40.
8. Gil CA. Como elaborar projetos de pesquisa. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2017.
9. Westin O, Roberts HI. Interventionist research – the puberty years: an introduction to the special issue. *Qual Res Account Manag*. 2010;7(1):5–12.
10. Brandão CR, Streck DR. Pesquisa participante: a partilha do saber. São Paulo: Editora Ideias e Letras; 2015.
11. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2018.
13. Miranda WD, Vieira LL, Tavares MFL, Jaime PC. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e67.
14. Rodrigues LPF, Roncada MJ. A educação nutricional nos programas oficiais de prevenção da deficiência da vitamina A no Brasil. *Rev Nutr*. 2010;23(2):297–305. doi:10.1590/S1415-52732010000200012.
15. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41–65.
16. Palacios C, Jaime PC, Genunio VA, Ribas SA. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS; 2021.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Lima DB, Damiani LP, Fujimori E. Deficiência de vitamina A em crianças brasileiras e variáveis associadas. *Rev Paul Pediatr*. 2018;36(2):176–85.
19. Vieira VR, Freire MAM. Avaliação dos índices de suplementação de vitamina A em uma unidade básica de saúde em São Gonçalo do Amarante/RN. *Res Soc Dev*. 2021;10(17):1–12.

20. Silva EM, Rocha MAB, Almeida MAB, Lima MC. Suplementação com vitamina A para prevenção de hipovitaminose em crianças menores de 1 ano com sarampo. *Rev Multidiscip Nordeste Mineiro*. 2020;1(2):1-15.
21. Reddy GB, Ray M, Singh K, Shekar M, Sachdev HPS. Vitamin A deficiency among children younger than 5 y in India: an analysis of national data sets to reflect on the need for vitamin A supplementation. *J Clin Nutr*. 2021;113:939-47.
22. Bortolini GA, Silva SA, Oliveira TFV, Andrade SSCA, Zandonade E, Figueiredo ICR, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e39.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*; 2004.
24. Ferraz F, Backes VMS, Mercado-Martínez FJ, Prado ML. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Saúde Transform Soc*. 2012;3(2):113-28.
25. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A contribuição da Educação Permanente em Saúde para a qualificação do cuidado e segurança do paciente. Brasília: CONASS; 2021.
26. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS*. 2004;14(1):41-65.
27. Uchida TH, Fujimaki M, Umeda JE, Higasi MS, Caldarelli PG. Percepção dos profissionais de saúde sobre Educação Permanente em Saúde: estudo com profissionais de um município do Paraná. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc*. 2022;10(4):801-11.
28. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Educação Permanente para a Promoção da Saúde. Brasília: OPAS/OMS; 2018.
29. Davini MC. Educación permanente en salud: un desafío estratégico para transformar las prácticas. *Rev Cienc Salud*. 2019;17(2):194-206.
30. Vendruscolo C, Prado ML, Kleba ME. Contribuições da educação permanente aos núcleos ampliados de saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2020;24(3):e20190338.
31. Sá ACMGN, Mendonça F, Barbosa A, Lima JA. Contribuições da educação permanente para qualificação da assistência de enfermagem em um hospital público. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2018;22(1):87-94.
32. Figueiredo EBL, Monteiro PS, Cruz CRR, Almeida ER, Oliveira AMB, Vieira MA. Educação permanente em saúde: uma política interprofissional e afetiva. *Saúde Debate*. 2022;46(135):1164-73.
33. Sandri JVA, Nunes GM, Raupp AC. Contribuição da educação permanente para a efetividade da intersetorialidade no Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Tecnol Soc*. 2021;8(1):1-18.
34. França CJ, Carvalho CCHS. Estratégias de educação alimentar e nutricional na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. *Saúde Debate*. 2017;41(114):932-48.
35. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20160317.
36. Rodrigues DC, Santos SS, Magalhães JS, Lemos CLS, Machado CJ. Educação permanente e apoio matricial na atenção primária à saúde: cotidiano da saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(6):e20190786.
37. Barros DF, Araújo RS, Lemos SMA, Soares LC. Letramento em saúde organizacional: fundamentos e práticas. *Rev Bras Educ Saúde*. 2022;12(3):45-60.
38. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? *J Health Commun*. 2010;15(Suppl 2):9-19.



O ENSINO DE SAÚDE DA CRIANÇA NAS RESIDÊNCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO CEARÁ

TEACHING CHILD HEALTH IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE RESIDENCIES IN CEARÁ, BRAZIL

LA ENSEÑANZA DE LA SALUD INFANTIL EN RESIDENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN CEARÁ

Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos ¹

Como Citar:

Vasconcelos ITGF. O ensino de saúde da criança nas residências de medicina de família e comunidade no Ceará. *Sanare*. 2025;24(2).

Descritores:

Educação Médica; Saúde da Criança; Medicina de Família e Comunidade.

Descriptors:

Medical Education; Child Health, Family and Community Medicine.

Descriptores:

Educación Médica; Salud Infantil; Medicina Familiar y Comunitaria.

Submetido:

02/09/2025

Aprovado:

12/09/2025

Autor(a) para Correspondência:

Izabella Tamira Galdino Farias
Vasconcelos
End: Av. Cmte. Maurocélvio Rocha
Pontes, 100 - Jocely Dantas de
Andrade Torres, Sobral - CE,
CEP: 62042-250
E-mail: izabellatamira@ufc.br

RESUMO

Este estudo analisou os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) das Residências de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) em funcionamento no Ceará, com foco na formação de competências em saúde da criança. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e documental, realizada a partir da coleta e análise dos PPC disponibilizados por sete programas, selecionados por efetivamente ofertarem vagas em 2024. A análise temática reflexiva permitiu identificar padrões, potencialidades e lacunas na forma como a saúde da criança é contemplada nos documentos. Os resultados revelaram heterogeneidade na organização curricular: alguns programas apresentaram propostas pedagógicas mais estruturadas, com definição de competências, conteúdos e metodologias específicas, enquanto outros se limitaram a descrições genéricas, sem detalhamento de carga horária teórica ou prática voltada à pediatria. Observou-se ainda escassa utilização de instrumentos avaliativos formais e baixa padronização entre os programas. Conclui-se que, embora existam avanços na integração da saúde da criança na formação em MFC, persistem lacunas significativas que podem comprometer a uniformidade da formação. Recomenda-se maior clareza nos PPC quanto à definição de competências, conteúdos e estratégias avaliativas, a fim de fortalecer a qualidade do ensino e a preparação dos residentes para o cuidado infantil na Atenção Primária à Saúde.

1. Médica Pediatra. Mestra em Saúde da Família. Professora efetiva do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral. E-mail: izabellatamira@ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0908-7355>

ABSTRACT

This study analyzed the Pedagogical Course Projects (PPC) of Family and Community Medicine Residencies (FCMR) in Ceará, Brazil, focusing on the development of child health competencies. It was a qualitative, exploratory, descriptive, and documentary study based on the collection and analysis of PPC made available by seven programs that effectively offered residency positions in 2024. Reflexive thematic analysis was used to identify patterns, strengths, and gaps in the way child health is addressed in these documents. The results revealed significant heterogeneity: some programs presented more structured pedagogical proposals, with defined competencies, contents, and methodologies, while others offered only generic descriptions, without specifying theoretical or practical workloads dedicated to pediatrics. A limited use of formal assessment tools and a lack of standardization across programs were also observed. The findings suggest that, despite advances in integrating child health into Family and Community Medicine training, important gaps persist, which may compromise the uniformity of education. It is recommended that PPC provide clearer definitions of competencies, content, and evaluation strategies in order to strengthen the quality of training and ensure residents are better prepared for child health care in Primary Health Care.

RESUMEN

Este estudio analizó los Proyectos Pedagógicos de Curso (PPC) de las Residencias de Medicina Familiar y Comunitaria (RMFC) en Ceará, Brasil, con énfasis en el desarrollo de competencias en salud infantil. Se trata de una investigación cualitativa, de carácter exploratorio, descriptivo y documental, basada en la recopilación y análisis de PPC disponibles de siete programas que efectivamente ofertaron plazas en 2024. Se utilizó el análisis temático reflexivo para identificar patrones, fortalezas y vacíos en la forma en que la salud infantil es contemplada en dichos documentos. Los resultados mostraron una notable heterogeneidad: algunos programas presentaron propuestas pedagógicas estructuradas, con competencias, contenidos y metodologías claramente definidos, mientras otros se limitaron a descripciones generales, sin detallar la carga horaria teórica o práctica destinada a pediatría. También se observó un uso limitado de instrumentos formales de evaluación y baja estandarización entre los programas. Se concluye que, aunque existen avances en la integración de la salud infantil en la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, persisten vacíos significativos que pueden comprometer la uniformidad de la formación. Se recomienda una mayor claridad en los PPC respecto a competencias, contenidos y estrategias de evaluación para fortalecer la calidad del proceso formativo y preparar mejor a los residentes para la atención infantil en la Atención Primaria de Salud.

.....

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como eixo estruturante no redesenho das políticas públicas de saúde, ao mesmo tempo que desafia os modelos tradicionais de formação profissional. Esse contexto exige não apenas a consolidação de práticas que integrem os princípios da integralidade e da acessibilidade, mas também a reformulação dos currículos e das estratégias pedagógicas, de modo a alinhar o perfil dos egressos às demandas crescentes e dinâmicas da saúde coletiva^{1,2}.

Nesse cenário, a formação médica, historicamente centrada no modelo hospitalocêntrico, mostrou-se insuficiente para responder às demandas da APS, o que levou à criação de novos arranjos formativos, entre eles as Residências de Medicina de Família e Comunidade (RMFC). Instituídas no Brasil em 1976, as RMFC constituem espaço privilegiado de formação

em serviço e desempenham papel estratégico na consolidação da APS³⁻⁶.

No estado do Ceará, a implantação da RMFC em diferentes macrorregiões representou uma oportunidade singular de ampliar a qualificação profissional voltada à Atenção Primária. Considerando que a saúde da criança constitui uma das prioridades sanitárias no estado⁷, torna-se relevante compreender como os programas de residência estruturam, do ponto de vista pedagógico, essa formação.

Nesse sentido, os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) configuram-se como documentos centrais, pois expressam a intencionalidade política e a organização pedagógica dos programas, além de orientarem os processos de ensino-aprendizagem, contemplando competências, objetivos de aprendizagem, conteúdos, metodologias e estratégias avaliativas⁸.

Este estudo analisa os PPC das RMFC no Ceará, com foco na forma como planejam o desenvolvimento

de competências em saúde da criança para atuação na Atenção Primária à Saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza exploratória, descritiva e documental. A abordagem qualitativa possibilita captar significados, motivos e valores relacionados ao objeto de investigação, explorando dimensões que não se reduzem à simples operacionalização de variáveis⁹.

Foram analisados os PPC das Residências de Medicina de Família e Comunidade em funcionamento no estado do Ceará no ano de 2024. Para inclusão, consideraram-se apenas as instituições que efetivamente ofertaram vagas nesse período, de modo a assegurar a representatividade da realidade formativa.

Como os PPC não estavam publicizados nos sites das instituições, a coleta de dados ocorreu por meio de solicitação direta às instituições participantes e orientou-se por um roteiro previamente elaborado, contemplando: carga horária total e dedicada à saúde da criança; competências propostas; conteúdos e metodologias de ensino; cenários e cargas horárias práticas; e estratégias de avaliação.

A análise foi conduzida a partir da técnica de análise temática reflexiva¹⁰, desenvolvida em seis etapas: familiarização com os dados; geração de códigos; identificação de temas; revisão dos temas; definição e nomeação dos temas; e elaboração do relatório. O objetivo foi identificar padrões, potencialidades e lacunas nos PPC em relação à formação em saúde da criança.

Para preservar a identidade institucional, os programas foram codificados e apresentados de forma anônima. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú e respeitou os princípios éticos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para este estudo, foram consideradas apenas as instituições que ofertaram vagas no ano de 2024, de modo a refletir contextos ativos de formação. Essa decisão assegura que os dados analisados sejam representativos da realidade em curso e aplicáveis ao desenvolvimento de competências na prática das RMFC.

De acordo com o último edital do Exame Nacional de Residência (ENARE), organizado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), foram ofertadas 53 vagas em Medicina de Família e Comunidade no Ceará. A distribuição contemplou: 2 vagas para a Secretaria Municipal de Saúde de Sobral (ESP-VS); 6 para a AIAMIS/UNINTA em Itapipoca; 7 para o Complexo Hospitalar da UFC; 9 para a Escola de Saúde Pública do Ceará (2 em Tauá e 7 em Caucaia/Fortaleza); 19 para a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; e 10 para a Universidade Federal do Cariri^{12,13}.

Como já referido, existem 10 centros formadores de Médicos de Família e Comunidade no estado do Ceará, vinculados a sete programas de residência médica. Para fins de análise dos PPC disponibilizados com preservação do anonimato, nomear-se-ão os programas em uma sequência numérica de PRMFC-1 a PRMFC-7, atribuídos de forma aleatória através de sorteio.

O PRMFC-1 disponibilizou seu Projeto Pedagógico de Curso. O PRMFC-2 apresentou sua proposta pedagógica no formato de "Manual do Residente". O PRMFC-3 forneceu o Projeto Pedagógico de Curso juntamente com o anexo "Caderno do Residente: Módulo Saúde da Criança". Os demais PRMFC compartilharam as informações por meio do "Relatório de Dados do Processo", extraídas do processo de credenciamento no Sistema Nacional de Residência Médica (SISCNRM), descrito no tópico anterior. Neste sentido, as sessões discursivas que seguem adotarão o termo "Proposta Pedagógica" como designação genérica para englobar os diversos formatos apresentados pelos programas de residência.

Assim, apresenta-se uma análise geral das propostas pedagógicas e o alinhamento destas com as diretrizes e normativas nacionais sob lente da formação de competências em saúde da criança.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-1

O Projeto Pedagógico de Curso do PRMFC-1 inicia com os objetivos gerais e intermediários, os quais destacam a formação de médicos com habilidades e atitudes específicas para a Medicina de Família e Comunidade, com foco no atendimento integral no SUS e no desenvolvimento das competências orientadas pelas entidades nacionais, em articulação com a interação ensino-serviço.

Na sequência, apresenta-se a qualificação do corpo

docente, incluindo preceptores e supervisores, com informações sobre titulação, funções e experiência na especialidade. A matriz curricular é organizada em atividades práticas e teóricas. As práticas abrangem atendimentos em atenção primária, urgência e especialidades, além de estágios em maternidade e nas clínicas médica e pediátrica. Essas experiências são complementadas por discussões de casos e seminários semanais.

A metodologia de ensino-aprendizagem adota abordagem freiriana, com ênfase na problematização e no aprendizado ativo por meio de grupos tutoriais, seminários e estudos de caso clínico. O processo avaliativo é contínuo e formativo, incluindo provas teóricas, desempenho prático, estudo de caso, fóruns anuais e sessões de *feedback*. Há, ainda, atividades transversais em bioética e ética médica, além de uma semana padrão que equilibra teoria e prática.

No que se refere à saúde da criança, o PPC contempla atendimentos de forma longitudinal na APS e, de modo específico, quatro meses anuais de atividades: no primeiro ano, 12 horas semanais em plantão de emergência pediátrica e, no segundo, a mesma carga em enfermagem pediátrica. Entretanto, não há detalhamento sobre a carga horária mínima voltada à infância na rotina das UBS, o que poderia auxiliar na padronização. Situação semelhante ocorre em relação à abordagem teórica, pois os conteúdos não são especificados, nem o tempo destinado a cada tema. Ressalta-se que, embora a sazonalidade e os contextos locais devam ser considerados, isso não inviabiliza a definição de conteúdo mínimos e essenciais¹⁴.

De forma geral, o PPC integra teoria e prática, apresentando coerência com os princípios da Medicina de Família e Comunidade. Contudo, as lacunas relacionadas ao detalhamento da carga horária e dos conteúdos em saúde da criança comprometem a uniformidade da formação. Ajustes nesse sentido seriam fundamentais para fortalecer a longitudinalidade e a integração do cuidado infantil, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica e a Linha de Cuidado de Puericultura e Hebicultura^{15,16}, proporcionando melhores condições para o desenvolvimento das competências requeridas na APS.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-2

O PRMFC-2 disponibilizou o documento intitulado “Manual do Residente”, que apresenta uma introdução

contextualizando a Residência Médica no Brasil e a função do programa na formação de médicos para a Atenção Primária. O documento inclui informações sobre *campus*, regulamentação, bem como direitos e deveres do residente. O manual apresenta um cronograma semanal que organiza atividades práticas e teóricas, com horários destinados a estudo, descanso, sessões teóricas e estudos dirigidos.

O processo avaliativo é descrito de forma limitada, contemplando avaliações formativas e somativas: avaliações trimestrais realizadas pelos preceptores, avaliação cognitiva anual, portfólio mensal e elaboração de um projeto de pesquisa desenvolvido ao longo dos dois anos. Apesar disso, os objetivos do programa são apresentados de forma sucinta, sem detalhamento das competências teóricas, atitudinais e de habilidades, nem planejamento pedagógico explícito. Também não há estrutura curricular pormenorizada com definição de carga horária, sendo apresentada apenas a rotina semanal.

Embora o Manual do Residente constitua recurso útil para a condução prática da residência, não substitui um Projeto Pedagógico de Curso (PPC), documento mais amplo e fundamental para o planejamento e reconhecimento do programa. A ausência de um PPC compromete o atendimento às diretrizes pedagógicas exigidas pelo Ministério da Educação, limita a articulação entre teoria e prática e reduzir a possibilidade de revisões sistemáticas que assegurem qualidade.

Esse problema estrutural, caracterizado pela ausência de detalhamento das metodologias de ensino e estratégias de avaliação, também foi apontado como entrave à adequação dos programas às necessidades do Sistema Único de Saúde¹⁷. Um PPC completo deve integrar todos esses aspectos, promovendo uma formação sólida, centrada nas competências essenciais para a Medicina de Família e Comunidade¹⁸.

A construção de um PPC não representa apenas um requisito burocrático, mas constitui uma ferramenta indispensável para organizar, planejar e monitorar os resultados do curso, promovendo ciclos contínuos de melhoria e excelência. A ausência desse documento no PRMFC-2 gerou desafios à organização e sistematização das informações, que precisaram ser extraídas do Caderno do Residente para atender, ainda que parcialmente, aos critérios de análise da proposta pedagógica.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-3

Os documentos analisados do PRMFC-3 compreenderam o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) e o anexo Caderno do Residente – Módulo Saúde da Criança, citado no próprio texto do projeto. O PPC inicia com uma visão geral do programa, destacando seu alinhamento com os princípios do SUS e da Atenção Primária à Saúde. Em seguida, apresenta informações sobre a carga horária total e semanal, a distribuição entre atividades teóricas e práticas, diretrizes pedagógicas, competências a serem desenvolvidas e objetivos de formação, com detalhamento das habilidades e atitudes esperadas dos egressos.

O documento descreve, de forma detalhada, o perfil dos preceptores, suas atribuições e competências, a infraestrutura de ensino e as metodologias de avaliação do desempenho dos residentes. Nos apêndices, além de instrumentos destinados ao acompanhamento do residente pela equipe multiprofissional, há material destinado à avaliação do próprio preceptor. A organização do PPC é sistemática e minuciosa, abordando desde o contexto institucional até a especificação das competências clínicas e pedagógicas, em consonância com as normativas nacionais.

O Caderno do Residente – Módulo Saúde da Criança complementa o PPC ao evidenciar a relevância do tema, listar habilidades esperadas, explicitar conteúdos programáticos, as metodologias ativas e as estratégias de avaliação, organizadas em cronograma semanal. Sua estrutura clara e didática favorece a prática clínica na APS e fornece referências específicas para o estudo da saúde da criança. Outros cadernos complementares, voltados a áreas como Saúde da Mulher, Saúde do Idoso e Saúde Mental, reforçam a abrangência da proposta e a integralidade da formação.

Apesar da organização detalhada, o PPC-3 carece de maior especificação quanto ao tempo de treinamento em serviço na área pediátrica. Consta apenas a padronização de um ambulatório especializado em pediatria, compatível com nível secundário, com carga de quatro horas semanais, sem definição da periodicidade. No que se refere ao conteúdo teórico, a carga destinada à saúde da criança é limitada a 24 horas, concentradas em duas semanas de módulo no primeiro ano.

Assim, embora o PPC-3 demonstre coerência pedagógica, clareza metodológica e esforço em

contemplar a saúde da criança na formação, persistem lacunas relacionadas à carga horária prática e teórica dedicada à área. Diante da demanda pediátrica nas UBS do Ceará⁷, a ampliação desses aspectos pode fortalecer a qualificação dos residentes e potencializar sua atuação no cuidado integral infantil.

Nota-se um esforço de adequação às demandas da APS, embora persista a necessidade de maior proteção de tempo e aprofundamento dos conteúdos e avaliações para o desenvolvimento pleno de competências pediátricas.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-4

O PRMFC-4 disponibilizou o relatório de credenciamento do SISCNRM, que apresenta a identificação do programa e sua articulação com instituições parceiras para apoio acadêmico. Entre os objetivos, estão listadas as competências a serem desenvolvidas pelos residentes: primeiro contato com o paciente; coordenação do cuidado; abordagem centrada na pessoa; e habilidades em gestão, comunicação e tomada de decisão baseada em evidências, em consonância com diretrizes nacionais.

O documento detalha carga horária semanal e anual das atividades práticas, realizadas em UBS, pronto-socorro e ambulatórios de especialidades, incluindo pequenos procedimentos cirúrgicos, cuidados paliativos e práticas integrativas. As atividades teóricas envolvem aulas e discussões de casos clínicos para fundamentar o conhecimento em temas da Atenção Primária.

O programa adota metodologias ativas, priorizando a integração ensino-serviço, como simulações realísticas, estudos de caso, telemedicina e ambientes virtuais de aprendizagem. O sistema avaliativo contempla tanto o programa quanto os residentes. Para estes, são utilizadas avaliações formativas (*feedback* contínuo e autoavaliação) e certificativas, com provas teóricas e exames práticos, como o *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), que avalia habilidades clínicas em cenários simulados¹⁹, e o *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (mini-CEEx), aplicado em atendimentos reais, para observar competências como entrevista médica, exame físico, julgamento clínico e comunicação²⁰. Exige-se, ainda, a defesa de um Trabalho de Conclusão de Residência.

O relatório apresenta também lista de preceptores

e supervisores, com qualificações e experiência, demonstrando corpo docente diversificado e alinhado às necessidades da APS. O programa evidencia estrutura sólida, metodologias inovadoras e avaliações consistentes, fortalecendo a formação integral. Contudo, não traz detalhamento específico sobre a saúde da criança, o que representa uma lacuna diante da relevância dessa área na APS. O aprimoramento desse aspecto poderia ampliar a abrangência e garantir maior alinhamento do currículo às demandas pediátricas.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-5

De forma semelhante à maioria dos documentos recebidos, o PRMFC-5 apresentou sua proposta pedagógica no formato de relatório cadastrado no Sistema Nacional de Residência Médica. Os objetivos do programa estão alinhados às expectativas nacionais: formar médicos com habilidades técnico-científicas e humanísticas, aptos a atuar na APS com foco na integralidade e regionalização do cuidado; desenvolver competências em atenção individual, familiar e comunitária; preparar para gestão e liderança nas redes de atenção; e estimular pensamento crítico, autodesenvolvimento e prática reflexiva.

A carga horária é dividida em 10% de atividades teóricas e 90% de práticas. As atividades teóricas incluem metodologias ativas, como sessões clínicas, estudos de caso, simulações realísticas, telemedicina e grupos tutoriais. Estes últimos são amplamente utilizados na educação médica, favorecendo raciocínio crítico, autonomia e aplicação prática do conhecimento, especialmente em abordagens como a Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning*)²¹. As 2.592 horas anuais de atividades práticas abrangem UBS, ambulatórios, plantões e visitas domiciliares, integrando teoria e prática no ambiente de trabalho, com supervisão contínua.

O processo avaliativo combina dimensões formativa e certificativa. A avaliação formativa ocorre de forma longitudinal, com autoavaliação e *feedback* dos supervisores, embora os instrumentos não sejam detalhados. Já a certificativa inclui provas teóricas e práticas nos modelos *OSCE* e *mini-CEx*, além da exigência de um Trabalho de Conclusão de Curso.

O documento faz referência ao desenvolvimento de competências em saúde da criança, mas não especifica carga horária, cenários ou recursos

destinados a essa formação. Assim, o PRMFC-5 demonstra alinhamento consistente com as diretrizes nacionais e valoriza a integração ensino-serviço, mas carece de maior detalhamento sobre instrumentos avaliativos e sobre a estrutura voltada especificamente à saúde infantil. Avanços nesse sentido fortaleceriam a proposta pedagógica e o compromisso com a integralidade e regionalização do cuidado.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-6

O PRMFC-6 forneceu documento semelhante ao do programa anterior, com dados extraídos do Sistema Nacional de Residência Médica. Os objetivos gerais destacam as competências desejadas para a atuação em Atenção Primária, enfatizando acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária, competência cultural, abordagem centrada na pessoa e tomada de decisão baseada em evidências, em consonância com o direcionamento da SBMFC²². Já os objetivos intermediários estão organizados por ano, incluindo competências clínicas e administrativas no primeiro ano e aprofundamento teórico e prático no segundo, visando assegurar formação ampla e resolutiva.

O documento apresenta a lista o corpo docente, incluindo qualificação, carga horária e experiência, bem como as atividades práticas realizadas em UBS, ambulatórios e plantões. As atividades teóricas englobam seminários e discussões de casos, porém descritas de forma genérica. A análise da semana padrão e dos rodízios por ano foi limitada pelo formato abreviado do relatório. As metodologias de ensino são descritas de forma resumida como atividades supervisionadas por preceptores, com discussão de casos clínicos e aulas práticas, mas sem detalhamento dos fundamentos pedagógicos que sustentam essas escolhas²³.

O processo avaliativo prevê portfólio anual, autoavaliação, avaliação trimestral em 360° e avaliação somativa anual, porém sem maior especificidade. Em relação à saúde da criança, o documento não define padrões mínimos de carga horária, conteúdos ou habilidades, o que evidencia lacunas na construção de competências para essa área.

Assim, o PRMFC-6 demonstra compromisso com a formação de médicos de família centrados na pessoa e embasados em evidências, mas carece de

detalhamento pedagógico quanto a métodos de ensino, critérios avaliativos e, sobretudo, à formação em saúde da criança. Esses aspectos indicam a necessidade de aprimoramentos para garantir maior consistência e integralidade do processo formativo na Atenção Primária.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-7

A proposta pedagógica do PRMFC-7 inicia-se com a descrição dos convênios que viabilizam a residência e com o registro da produção científica do programa, evidenciando o incentivo à pesquisa. Os objetivos gerais, em consonância com os demais programas, enfatizam a formação de competências clínicas, administrativas e pedagógicas para atuação integral na APS. Essas competências são distribuídas em esferas, como assistência individual, familiar e coletiva, gestão e ensino/pesquisa, contemplando habilidades específicas de diagnóstico, tratamento e promoção da saúde comunitária.

O documento apresenta a composição do corpo docente, incluindo qualificação, dedicação semanal e tempo de experiência, além de detalhar a infraestrutura disponível, composta por UBS, serviços de urgência e hospitais de atenção secundária. As atividades práticas e teóricas são especificadas por tipo, local e carga horária. No primeiro ano, incluem atividades comunitárias, atendimentos ambulatoriais especializados, urgência, emergência e internação clínica. No segundo ano, mantêm-se os atendimentos em APS e são introduzidos estágios em saúde mental, atendimento pré-hospitalar e saúde materno-infantil.

As atividades teóricas abrangem aulas expositivas, seminários e clube de revista, além de métodos colaborativos, como *Case Learning*, que promove raciocínio clínico, pensamento crítico e habilidades interpessoais, e *Team-Based Learning*, que estimula o estudo prévio, a realização de testes individuais e em equipe, e aplicação de conceitos em cenários clínicos²⁴. A avaliação dos residentes combina teoria e prática, com *mini-CEx*, avaliação 360 graus, autoavaliação, trabalho de conclusão e incentivo à produção científica.

Em relação à saúde da criança, o PRMFC-7 apresenta um maior detalhamento, incluindo competências e conteúdo específicos, bem como o tempo de estágio destinado à área, embora não explicita o percentual de dedicação pediátrica nas UBS. Dessa forma, a proposta pedagógica destaca-se pelo enfoque estruturado e abrangente, pelo uso de metodologias inovadoras e pelo compromisso com a formação integral. Ainda assim, maior clareza quanto à carga horária dedicada à pediátrica fortaleceria a consistência curricular e consolidaria o programa como referência na formação em Medicina de Família e Comunidade.

Análise comparativa e alinhamento dos Projetos Pedagógicos de Curso dos PRMFC no Ceará às diretrizes e normativas nacionais

Quadro 1 – Síntese comparativa dos PPC dos PRMFC do Ceará sobre ensino de saúde da criança

Programa	Competências em saúde da criança	Carga horária específica	Conteúdos principais	Cenários de prática	Metodologias / Avaliação
PRMFC-1	Competências gerais descritas, sem detalhamento específico	Não especificada	Puericultura, crescimento e desenvolvimento	APS (UBS)	Metodologias ativas citadas; avaliação pouco detalhada
PRMFC-2	Listadas de forma genérica	Não especificada	Atenção básica em pediatria, vacinação	UBS e hospital	Avaliação formativa citada, sem instrumentos específicos

PRMFC-3	Bem detalhadas no Caderno do Residente	24h teóricas + 1 ambulatório pediátrico por semana (4h)	Saúde da criança, prevenção de agravos, puericultura	APS + ambulatório secundário	Cronograma definido; avaliação de residente e preceptor
PRMFC-4	Competências descritas de forma geral	Não especificada	Saúde da criança inserida em módulos transversais	APS + cenários hospitalares	Avaliação global, sem foco pediátrico
PRMFC-5	Descritas em linhas gerais	Não especificada	Crescimento e desenvolvimento, imunização	UBS	Relata uso de metodologias ativas; critérios avaliativos pouco claros
PRMFC-6	Competências gerais	Não especificada	Atenção integral à criança e ao adolescente	APS + outros níveis	Avaliação prevista, mas sem detalhamento
PRMFC-7	Competências descritas de forma ampla	Não especificada	Atenção pediátrica básica, prevenção de agravos	UBS + cenários hospitalares	Relata acompanhamento contínuo, mas sem instrumentos específicos

Fonte: Elaboração própria a partir da análise documental dos PPC dos PRMFC do Ceará.

A análise dos Projetos Pedagógicos de Curso dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Ceará, sistematizada no Quadro 1, evidenciou uma significativa heterogeneidade em sua organização e no nível de detalhamento, particularmente no que se refere à formação de competências voltadas para a saúde da criança e do adolescente. Esse cenário possibilita a identificação de importantes avanços, ao mesmo tempo em que revela hiatos consideráveis quando os PPC são confrontados com as diretrizes e normativas da Comissão Nacional de Residência Médica e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

A diversidade estrutural entre os PPC dificultou a criação de padrões comparativos. Alguns programas apresentaram modelos organizados e alinhados com as diretrizes nacionais, especificando competências pediátricas, cenários de prática diversificados e metodologias pedagógicas detalhadas. Enquanto outros careciam de especificidade em aspectos essenciais, como o tempo dedicado à saúde da criança e as estratégias de avaliação.

Os PPC analisados apresentaram abordagens distintas quanto à organização das suas linhas-mestras de carga horária, cenários de prática e metodologias de ensino. Embora a CNRM recomende uma carga mínima de 5.760 horas, distribuídas em 80-90% de atividades práticas e 10-20% de atividades teóricas, nem todos os PPC especificaram essa divisão de forma explícita, o que dificulta a análise correlacional e a verificação da conformidade com os padrões nacionais.

Os PPC apresentaram variação quanto à explicitação dos locais de atuação destinados à formação pediátrica. Enquanto alguns destacaram a presença de UBS, visitas domiciliares e serviços secundários, outros

mencionaram apenas de forma genérica a APS como cenário principal, sem esclarecer de que maneira a saúde da criança seria contemplada nesses espaços.

As metodologias ativas recomendadas pela SBMFC, como *Team-Based Learning* e discussões de casos, não foram descritas de forma consistente nos PCC analisados. Em alguns programas, foram apenas mencionadas de forma superficial, enquanto outros dedicaram mais espaço para explicar seu uso.

Resgatando dados nacionais do IBGE, tem-se que quase 83% das crianças até 13 anos já foram atendidas na Atenção Primária²⁵. No Ceará, o SIAB registrou, em 2015, mais de 100 mil atendimentos entre puericulturas e consultas pediátricas. Considerando que a população pediátrica representa mais de 22% dos atendimentos em UBS²⁶, a formação em saúde da criança nos PRMFC é elemento central para atender às demandas da APS. Contudo, a análise revelou fragilidades na definição de competências essenciais, na carga horária destinada à área e nos sistemas de avaliação.

A CNRM estabelece um perfil de egresso que engloba competências pediátricas básicas, como o manejo de urgências, mas os PPC analisados nem sempre refletiram essas expectativas de forma clara. De modo semelhante, a SBMFC recomenda a integração de competências pediátricas em um currículo baseado em competências, porém esse aspecto foi pouco explorado em alguns programas, enquanto outros não especificaram como essas competências seriam desenvolvidas durante a formação^{14,27}.

No que se refere à carga horária destinadas a áreas específicas, como saúde da criança, pesa o fato de que as instituições reguladoras do ensino de Medicina de Família e Comunidade no Brasil não definem um tempo padronizado, o que resulta em ampla variabilidade entre os programas de residência. Por outro lado, programas de pediatria dedicam até 30% da carga horária prática à Atenção Básica, conforme diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria e da CNRM²⁸.

Poucos PPC apresentaram carga horária específica voltada à saúde da criança, criando uma descontinuidade significativa em relação à prática pediátrica, que representa uma parcela expressiva da demanda na APS. Soma-se ao citado que ferramentas avaliativas validadas, como *OSCE* e *mini-CEx*, foram mencionadas de forma limitada ou ausente em grande parte dos PPC.

A padronização dos projetos pedagógicos, maior clareza sobre a formação de competências em saúde

da criança e a adoção de ferramentas modernas de avaliação são passos que surgem como meio para garantir que os residentes estejam adequadamente preparados para atender às necessidades pediátricas na APS.

CONCLUSÃO

A análise dos Projetos Pedagógicos de Curso das Residências em Medicina de Família e Comunidade no Ceará evidenciou heterogeneidade na forma como as competências em saúde da criança são contempladas. Alguns programas apresentam propostas pedagógicas consistentes, alinhadas às diretrizes nacionais e às demandas da Atenção Primária, enquanto outros carecem de maior detalhamento no que diz respeito aos conteúdos, às metodologias de ensino e às estratégias de avaliação.

Essas diferenças evidenciam avanços, mas também lacunas na formação voltada à atenção pediátrica, apontando para a necessidade de fortalecer a integração entre as diretrizes normativas nacionais e os currículos locais. A inexistência de padronização clara nos PPC pode comprometer a aquisição uniforme de competências essenciais pelos residentes, com potenciais repercussões negativas na qualidade da atenção prestada às crianças na APS.

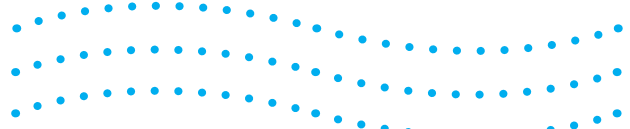
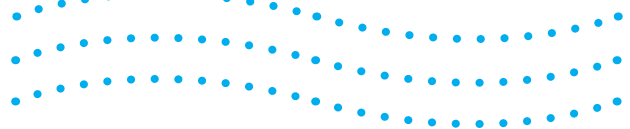
Torna-se, portanto, imprescindível investir na qualificação dos PPC, assegurando que incluam não apenas a definição de competências a serem alcançadas, mas também a descrição detalhada dos conteúdos, das metodologias de ensino-aprendizagem e das estratégias de avaliação. A consolidação de propostas pedagógicas mais completas e coerentes permitirá que os programas de RMFC formem médicos mais bem preparados para enfrentar os desafios relacionados à saúde da criança no contexto da Atenção Primária.

Os resultados deste estudo contribuem para reflexões acerca do papel dos PPC como instrumentos estratégicos na formação médica, apontando caminhos para o aprimoramento da residência em Medicina de Família e Comunidade no estado do Ceará e, conseqüentemente, para a qualificação do cuidado integral à população infantil.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. Cad Saúde Pública. 2018;34(8):e00029818.
2. Moreira COF, Dias HS, organizadores. Educação

- médica: novas perspectivas para a atenção à saúde da família. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 4. Dias HS, et al. Residência em Saúde da Família: uma estratégia para reorientar a formação médica. Rev Bras Educ Med. 2017;41(2):261-9.
 5. Universidade Federal do Cariri (UFCA). Edital de Residência Médica UFCA 2023. Juazeiro do Norte: UFCA; 2023.
 6. Centro Universitário INTA (UNINTA). Edital de Residência Médica UNINTA 2023. Sobral: UNINTA; 2023.
 7. Ceará. Secretaria da Saúde. Plano de Saúde Regional 2023-2027: Região de Sobral – Ceará. Fortaleza: SESA; 2023a.
 8. Vasconcellos MM. Projetos pedagógicos e a formação em saúde: análise crítica e perspectivas. Rev Bras Educ Med. 2022;46(2):e147.
 9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
 10. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101.
 11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
 12. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Edital ENARE 2024. Brasília: EBSERH; 2024.
 13. IDOMED. Anexo II – Quadro de vagas do processo seletivo residência médica IDOMED 2024. Rio de Janeiro: Estácio; 2023b.
 14. Lermen Junior N, organizador. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2024b.
 17. Abdalla IG, et al. Competências na formação médica: perspectivas e desafios. Rev Bras Educ Med. 2009;33(1):70-82.
 18. Novato TS, et al. Avaliação de competências na residência médica: desafios e possibilidades. Rev Bras Educ Med. 2021;45(3):e068.
 19. Neves BC, et al. O exame clínico objetivo estruturado (OSCE) na educação médica. Rev Bras Educ Med. 2016;40(2):294-301.
 20. Schiavon LC, Detregiachí CR. Mini-CEX na prática da avaliação médica. Rev Bras Educ Med. 2022;46(1):e022.
 21. Chaves SN, et al. Aprendizagem baseada em problemas na educação médica: grupos tutoriais. Rev Bras Educ Med. 2014;38(4):541-8.
 22. Lopes JMC, et al. Competências essenciais em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2009;4(12):5-22.
 23. Brasil. Ministério da Educação. Sistema Nacional de Residência Médica (SISCNRM): manual de instruções. Brasília: MEC; 2011.
 24. Krug RR, et al. O “Bê-Á-Bá” da Aprendizagem Baseada em Equipe. Rev Bras Educ Med. 2016;40(4):602-10.
 25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
 26. Borges RA, Santiago JR, Silva TM. Atendimentos pediátricos na APS: análise de dados do SIAB. Rev Saúde Coletiva. 2021;31(2):44-52.
 27. Brasil. Conselho Nacional de Residência Médica. Resolução nº 2, de 27 de abril de 2021. Brasília: MEC; 2021.
 28. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 2, de 17 de maio de 2016. Brasília: MEC; 2016.



CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA EM CRIANÇAS MATRICULADAS EM UMA CRECHE NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ

EARLY IN CHILDHOOD CARIES IN CHILDREN ENROLLED IN A DAYCARE CENTER IN THE MUNICIPALITY OS SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ

CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA EN NINOS INSCRITOS EN UNA GUARDERÍA DEL MUNICIPIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ

Júlia Luiza Azevedo Barbosa ¹

Mário Vinicius Marques Paiva ²

Maria Karolyne Bezerra Rodrigues ³

Ana Karine Macedo Teixeira ⁴

Adriano de Aguiar Filgueira ⁵

Como Citar:

Barbosa JLA, Paiva MVM, Rodrigues MKB, Teixeira AKM, Filgueira A A. Cárie na primeira infância em crianças matriculadas em uma creche no município de São Gonçalo do Amarante, Ceará. *Sanare*. 2025; 24(2).

Descritores:

Cárie Dentária; Odontopediatria; Estudos Epidemiológicos.

Descriptors:

Dental Caries; Pediatric Dentistry; Epidemiologic Studies.

Descriptores:

Caries Dental; Odontopediatria; Estudios Epidemiológicos.

Submetido:

29/03/2025

Aprovado:

30/08/2025

Autor(a) para Correspondência:

Júlia Luiza Azevedo Barbosa
End: Rua Alexandre Baraúna, 949 -
Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE.
E-mail: juliaazevedo1999@gmail.com

RESUMO

O presente estudo avaliou a prevalência de cárie dentária não tratada por meio do índice ceo-d em crianças de 3 a 5 anos matriculadas, no ano de 2024, em uma creche do município de São Gonçalo do Amarante, Ceará. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa. Foi realizada uma entrevista com os responsáveis, a fim de coletar dados demográficos, socioeconômicos e relacionados aos hábitos de saúde bucal. As crianças foram submetidas a exame clínico bucal conduzido por uma examinadora, com o auxílio de uma anotadora, utilizando-se o índice ceo-d para a avaliação de dentes cariados, extraídos e obturados. Ao todo, foram avaliadas 71 crianças e seus respectivos responsáveis. Os dados foram digitados no programa Microsoft Excel e analisados no software estatístico SPSS 21.0, considerando intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. O desfecho do estudo foi a presença de cárie dentária não tratada, sendo as variáveis independentes as condições socioeconômicas e de hábitos em saúde bucal. O índice ceo-d foi de 2,26, observando-se associação entre a presença de dentes cariados não tratados e a renda per capita familiar abaixo de R\$250,00 ($p=0,013$). Conclui-se que o índice ceo-d segue a tendência nacional e regional, além da relação entre cárie dentária não tratada e baixa renda familiar, sendo necessária a criação de políticas públicas voltadas à geração de renda para a população.

1. Cirurgiã-Dentista. Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: juliaazevedo1999@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6806-8282>.

2. Cirurgião-Dentista. Egresso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: vpaiva93@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3435-1952>.

3. Cirurgiã-Dentista da Atenção Primária do município de São Gonçalo do Amarante, Ceará. E-mail: maria-karolyne@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3461-3061>.

4. Cirurgiã-Dentista. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará. E-mail: anakarinemt@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5923-1813>.

5. Cirurgião-Dentista. Doutor em Odontologia. Docente dos cursos de Odontologia da Universidade de Fortaleza e Centro Universitário Christus. E-mail: adriano.odonto@alu.ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3656-0854>.

ABSTRACT

The present study evaluated the prevalence of untreated dental caries using the dmft index in children aged 3 to 5 years enrolled in 2024 in a daycare center in the municipality of São Gonçalo do Amarante, Ceará, Brazil. This was a cross-sectional study with a quantitative approach. An interview was conducted with the children's guardians to collect demographic, socioeconomic, and oral health habits data. The children underwent a clinical oral examination performed by an examiner, assisted by a recorder, using the dmft index to assess decayed, missing, and filled teeth. 71 children and their respective guardians were evaluated. Data were entered into Microsoft Excel and analyzed using the statistical software SPSS version 21.0, with a 95% confidence interval and a significance level of 5%. The outcome variable was the presence of untreated dental caries, while the independent variables were socioeconomic conditions and oral health habits. The mean dmft index was 2.26, and a association was found between the presence of untreated decayed teeth and per capita family income below R\$250.00 ($p=0.013$). It was concluded that the dmft index follows the national and regional trend, and that untreated dental caries is associated with low family income, highlighting the need for public policies aimed at income generation for the population.

RESUMEN

El presente estudio evaluó la prevalencia de caries dental no tratada mediante el índice ceod en niños de 3 a 5 años matriculados en 2024 en una guardería del municipio de São Gonçalo do Amarante, Ceará, Brasil. Se trata de un estudio transversal con enfoque cuantitativo. Se realizó una entrevista a los responsables de los niños para recopilar datos demográficos, socioeconómicos y de hábitos de salud bucal. Los niños fueron sometidos a un examen clínico bucal realizado por una examinadora, con la asistencia de una registradora, utilizando el índice ceod para evaluar los dientes cariados, extraídos y obturados. En total, se evaluaron 71 niños y sus respectivos responsables. Los datos se ingresaron en Microsoft Excel y se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 21.0, considerando un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5%. La variable dependiente fue la presencia de caries dental no tratada, y las variables independientes fueron las condiciones socioeconómicas y los hábitos de salud bucal. El índice ceod promedio fue de 2,26, observándose una asociación entre la presencia de dientes cariados no tratados y renta familiar per cápita inferior a R\$ 250,00 ($p=0,013$). Se concluye que el índice ceod sigue la tendencia nacional y regional, además de la relación entre caries no tratadas y bajos ingresos familiares, lo que resalta la necesidad crear políticas públicas orientadas a la generación de ingresos para la población.

.....

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é a doença de maior prevalência na cavidade oral em âmbito mundial, acometendo tanto em adultos quanto crianças, sendo uma das principais causas de dor e perda dentária¹. A Associação Internacional de Odontologia Pediátrica (IAPD) define como cárie na primeira infância a presença da doença, mesmo que tratada, em um ou mais dentes em crianças com até seis anos de idade^{2,3}.

Diversos fatores estão diretamente associados ao elevado índice de cárie na primeira infância, entre eles a alta frequência de ingestão de alimentos ricos em açúcares, a baixa renda familiar, o uso de dentifrícios não fluoretados e o baixo nível de escolaridade materna. A vulnerabilidade social também constitui um fator que contribui para o aumento da prevalência da doença. Em um

estudo realizado em uma cidade no interior do Ceará, envolvendo crianças residentes em área de vulnerabilidade, foi observado um índice ceod médio de 4,77, com presença de cárie em 92% da população examinada.

O interesse pela prevenção da cárie desde a primeira infância deve-se à importância da manutenção desses hábitos nas fases pré-escolar e escolar, períodos em que há um ambiente propício ao aprendizado de práticas de promoção e prevenção em saúde. Por meio de iniciativas intersectoriais, como o Programa Saúde na Escola (PSE), os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) devem utilizar esse espaço para desenvolver ações voltadas à atenção em saúde junto aos alunos. Cabe à equipe de saúde bucal verificar a condição de saúde bucal dos estudantes, articular estratégias de intervenção, identificar os grupos de risco e determinar a necessidade de tratamento.

Programas como o PSE desempenham papel fundamental na educação em saúde das crianças e na identificação precoce de problemas. Entretanto, é necessário conhecer as necessidades específicas da população para que as ações em saúde sejam mais eficazes e contribuam para a melhoria de vida dessas crianças. Estudos transversais e epidemiológicos constituem instrumentos relevantes para compreender o estado de saúde de uma população em um determinado período, possibilitando que políticas públicas sejam implementadas ou aperfeiçoadas com base em evidências científicas.

Dessa forma, este estudo apresenta relevância para o município de São Gonçalo do Amarante ao fornecer informações que possibilitam uma melhor compreensão da prevalência de cárie na primeira infância, além de contribuir para a identificação de estratégias de intervenção voltadas à prevenção. Tais dados podem subsidiar os gestores no aprimoramento de políticas públicas de saúde direcionadas a essa população, considerando que o índice ceo-d é um forte preditor do incremento futuro de cárie dentária na dentição permanente.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo avaliar a prevalência de cárie na primeira infância não tratada, por meio do índice ceo-d, em crianças de 3 a 5 anos de idade matriculadas, no ano de 2024, em uma creche no município de São Gonçalo do Amarante, Ceará. Busca-se, ainda, analisar a relação as condições socioeconômicas, a utilização de serviços de saúde e os hábitos e comportamentos em saúde bucal com a presença de cárie.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e de abordagem quantitativa, realizado no município de São Gonçalo do Amarante, localizado na região metropolitana de Fortaleza, a 59 km da capital do estado do Ceará. O município possui população estimada de 54.021 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico de 2022, e apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,665.

A população investigada consistiu em crianças pré-escolares, com idade entre três e cinco anos, matriculadas no Centro de Educação e Desenvolvimento Infantil (CEDI) Professora Silvani de Moraes, instituição da rede pública municipal localizada no bairro Ômega, pertencente à Sede do município. O local apresenta campo de atuação da equipe multiprofissional da Residência em Saúde da

Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

A amostra consistiu em 103 crianças, com idades entre três e cinco anos, devidamente matriculadas na creche durante o período letivo de 2024.2. Como critérios de exclusão, estabeleceu-se a recusa dos responsáveis a partir da não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou a impossibilidade de realizar o exame bucal em decorrência da falta de cooperação da criança.

Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista aplicado aos responsáveis da criança e uma ficha de levantamento epidemiológico para o exame bucal. A fim de garantir confiabilidade dos dados, o exame clínico foi realizado por uma única examinadora – cirurgiã-dentista residente do programa de Saúde da Família e Comunidade da ESP-CE – com o auxílio de uma anotadora. Foram seguidas as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal. O índice ceo-d foi empregado para avaliar quantitativamente os dentes cariados, com extração indicada e obturados, seguindo o manual da pesquisa SB-Brasil 2010, que classifica os dentes hígidos, cariados, restaurados com cárie, restaurados sem cárie, perdidos por cárie e dentes com selantes¹⁰.

O questionário coletou dados demográficos, socioeconômicos e relacionadas aos comportamentos e hábitos em saúde bucal, incluindo frequência da higiene bucal, uso da escova e fio dental, alimentação e utilização dos serviços odontológicos. O instrumento foi respondido pelo responsável da criança ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seja no ambiente da creche durante a entrada ou saída dos alunos ou na Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) da área. Os Agentes Comunitários de Saúde prestaram apoio para facilitar a comunicação entre a pesquisadora e os responsáveis.

Os exames foram realizados nas dependências do CEDI Professora Silvani de Moraes, local de estudo das crianças, entre os meses de agosto e outubro de 2024. Não foram examinados os alunos cujos responsáveis não foram localizados ou não autorizaram a participação na pesquisa mediante a assinatura do TCLE. As avaliações foram realizadas sob luz natural, utilizando-se espelho bucal plano estéril, sonda periodontal milimetrada OMS e algodão em rolete para secagem das superfícies dentárias. O Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foi assinado por meio de impressão datiloscópica da

criança, após leitura e explicação do conteúdo pelo examinador.

Para a análise dos dados, foram selecionadas as variáveis sociodemográficas: sexo (feminino ou masculino); cor ou raça (branca ou preta/parda); renda per capita (até R\$250 reais ou acima de R\$250 reais); e o recebimento de auxílios governamentais no último ano (não recebeu ou recebeu). Também foram avaliadas as variáveis relacionadas aos hábitos em saúde bucal e aspectos nutricionais, incluindo: ida ao dentista no último ano (sim ou não); escovação diária ao menos uma vez ao dia (sim ou não); acompanhamento da escovação da criança pelo responsável (sempre ou às vezes /nunca); uso do fio dental (sim ou não); ingestão de açúcar pela criança (sim ou não); e a ingestão de lanches além dos fornecidos pela escola (sim ou não). A variável de desfecho correspondeu ao número de dentes com cárie dentária não tratada.

Os dados foram digitados em uma planilha no programa *Microsoft Excel*, utilizada para a obtenção das frequências absolutas e percentuais. Posteriormente, a planilha foi importada para o programa estatístico SPSS, versão 21.0, no qual foi realizada a análise bivariada por meio do teste *t*. As relações que obtiveram valor de *p* menor ou igual a 0,200 foram incluídas na Regressão de Poisson para análise multivariada. Considerou-se um nível de confiança de 95% para o cálculo do intervalo de confiança (IC) das prevalências estabelecidas.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) com parecer de número 6.816.848. Todos os preceitos éticos estabelecidos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos e na Resolução 510/2016 foram seguidos.

RESULTADOS

Do total de 103 participantes elegíveis para a pesquisa, foram examinados e entrevistados 71 pares, compostos pelas crianças e seus respectivos responsáveis. As perdas foram ocasionadas por recusa em participar do estudo, tanto por parte da criança quanto do responsável, além da impossibilidade de contato com alguns responsáveis, mesmo após busca ativa realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde, impossibilitando a assinatura do TCLE e a aplicação da entrevista.

De acordo com a produção das frequências na planilha do *Excel*, o índice ceo-d da amostra estudada foi de 2,26 dentes. Observou-se que 39,4% das crianças apresentaram o índice igual a zero, indicando ausência de experiência de cárie. Após análise descritiva dos dados (Tabela 1), verificou-se que a maioria das crianças era do sexo feminino, de cor preta/parda, que receberam benefícios governamentais no último ano e com renda per capita de até R\$250,00. A maior parte das crianças havia consultado o dentista no último ano, tinha a escovação em dia supervisionada pelo responsável, realizava higiene bucal diária ao menos uma vez no dia, não utilizava fio dental, não levava lanche extra para a escola e apresentava baixo consumo de alimentos açucarados.

Em relação à média de dentes decíduos com cárie não tratada (Tabela 1), foi observado que as maiores médias ocorreram entre as crianças do sexo masculino, de cor branca, que receberam benefícios governamentais e com renda per capita de até R\$250,00. Os maiores valores também foram verificados entre as crianças que não realizaram consulta odontológica no último ano, cujos responsáveis não acompanha, regularmente a escovação, que não realizam escovação todos os dias, não utilizam fio dental, não levam lanche extra para a escola, e ingerem alimentos ricos em açúcar em maior frequência.

Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis em relação a quantidade de dentes decíduos cariados em crianças de 3 a 5 anos matriculadas na CEDI Professora Silvani de Moraes no município de São Gonçalo do Amarante, 2024.

Dentes decíduos com cárie não tratada		
	n (%)	Média
Sexo		
Masculino	46,4	2,21
Feminino	53,6	1,39
Cor/Raça		
Branco	25,3	2,33
Preto/Pardo	74,7	1,58
Benefício		
Não recebeu	33,8	1,21
Recebeu	66,2	2,06
Foi o dentista		
Não	42,8	1,93
Sim	57,2	1,60
Responsável acompanha escovação		
Sempre	74,6	1,62
Às vezes ou nunca	25,4	2,22
Escova todos os dias		
Sim	81,7	1,66
Não	18,3	2,31
Fio dental		
Sim	22,5	0,94
Não	77,5	2,02
Lanche extra		
Sim	33,3	1,39
Não	66,7	1,91
Ingestão de açúcar		
Sim	43,7	2,00
Não	56,3	1,60
Renda Per Capita		
Até R\$250 reais	52,1	2,38
Acima de R\$250 reais	47,9	1,12

Fonte: Autoria própria (2024)

A tabela 2 mostra a relação da média da quantidade de dentes decíduos cariados com as variáveis sociodemográficas e de hábitos em saúde bucal e nutricionais. Somente a variável de renda per capita apresentou associação com a quantidade de dentes decíduos cariados na amostra. Foi observado que as crianças que vivem com a renda familiar per capita de até R\$250 reais possuem uma média maior de dentes cariados ($p = 0,013$; $RP = 2,02$).

Tabela 2 – Análise multivariada das variáveis em relação a quantidade de dentes decíduos cariados em crianças de 3 a 5 anos matriculados na CEDI Professora Silvani de Moraes no município de São Gonçalo do Amarante, 2024

Dentes decíduos com cárie não tratada				
	Média	Valor de pa	Valor de p justado^b	IC (95%)^b
Sexo				
Masculino	2,21	0,135	-	1
Feminino	1,39		0,102	1,53 (0,91 – 2,54)
Cor/Raça				
Branco	2,33	0,307		
Preto/Pardo	1,58			
Benefício				
Não recebeu	1,21	0,138	-	1
Recebeu	2,06		0,129	1,56 (0,87 – 2,79)
Foi o dentista				
Não	1,93	0,555		
Sim	1,60			
Responsável acompanha escovação				
Sempre	1,62	0,345		
Às vezes ou nunca	2,22			
Escova todos os dias				
Sim	1,66	0,408		
Não	2,31			
Fio dental				
Sim	0,94	0,047	-	1
Não	2,02		0,117	1,99 (0,84 – 4,75)
Lanche extra				
Sim	1,39		0,381	
Não	1,91			
Ingestão de açúcar				
Sim	2,00		0,463	
Não	1,60			
Renda Per Capita				
Acima de R\$250 reais	1,12	0,020	-	1
Até R\$250 reais	2,38		0,013	2,02 (1,59 – 3,52)

a) Teste estatístico: test-t

b) Valores ajustados através da Regressão de Poisson com as variáveis que apresentaram valor de p na análise bivariada abaixo de 0,200.

Fonte: Autoria própria (2024)

DISCUSSÃO

O índice ceo-d de 2,26 apresentado nesta pesquisa acompanha os índices nacionais (2,14) e da região do Nordeste (2,42), de acordo com o último levantamento epidemiológico em saúde bucal, SB-Brasil 2020, para crianças de cinco anos¹¹.

O presente estudo observou correlação entre a presença de cárie não tratada e as baixas condições socioeconômicas das crianças e de suas famílias. Essa relação também foi percebida por outros estudos, que identificaram uma relação intrínseca da cárie na primeira infância com as condições socioeconômicas dos

responsáveis pela criança^{5,12,13}. Nesse contexto, vale destacar que a maior parte da amostra (66,1%) deste estudo recebia algum auxílio governamental para compor a renda familiar.

Há uma extensa literatura que associa a ocorrência de cárie aos aspectos socioeconômicos, sendo possível perceber que os determinantes sociais da saúde estão fortemente atrelados à prevalência e severidade de diversas condições. Esses determinantes abrangem fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus respectivos fatores de risco na população¹⁴. De acordo com dados obtidos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), da região adscrita em que a creche pertence, a maior parte dos usuários está desempregada ou trabalha de forma autônoma, sem um salário fixo, e possui renda familiar entre meio e um salário mínimo, considerando o mês de outubro de 2024.

No estado do Ceará, o rendimento mensal per capita é de R\$1.166,00, configurando a sexta menor renda per capita familiar do Brasil⁸. Nesta pesquisa, das 71 famílias entrevistadas, 52,1% possuem uma renda per capita inferior a R\$250,00 por habitante da residência, considerada baixa para os especialistas da Fundação Getúlio Vargas (FGV), que propõem como critério para a pobreza uma renda per capita mensal igual ou menor que R\$497,00, de acordo com o Mapa da Nova Pobreza¹⁵.

Os hábitos em saúde bucal também estão relacionados ao surgimento da cárie na primeira infância. Nesse sentido, as atividades de PSE são uma ferramenta de promoção de saúde eficaz que unem os campos da saúde e educação e podem influenciar as crianças e pais na adoção de hábitos de saúde bucal saudáveis, como uma maior frequência de escovação e a participação dos responsáveis nesses momentos¹⁶. Por outro lado, deve-se considerar que, mesmo quando há supervisão ou realização da escovação pelos responsáveis, nem sempre a higienização é realizada de forma adequada, dada a dificuldade imposta pela falta de colaboração das crianças na manutenção de uma rotina de higiene bucal¹⁸.

O não uso do fio dental por 77,4% da amostra é um dado que colabora com o acometimento da cárie. Devido à tenra idade, muitos responsáveis não julgam importante ou possuem dificuldade em realizar a higienização entre os dentes. No entanto, a não higienização com o fio dental, no mínimo uma

vez ao dia, contribui para o acontecimento da cárie interproximal¹⁹.

Além dos hábitos individuais em saúde bucal, a ida regular ao dentista é importante para a diminuição da cárie dentária. Neste estudo, pouco mais da metade das crianças (56,3%) compareceu a consultas odontológicas no último ano. No território da creche, a Unidade Básica de Saúde dispõe de turnos específicos para atendimento exclusivo de crianças, o que facilita o acesso desses usuários ao atendimento odontológico, além do agendamento através do PSE, após levantamento de necessidades realizados pelas cirurgiãs-dentistas da unidade. Tal hábito é fundamental para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno da cárie dentária²⁰.

A dieta rica em açúcares contribui para altos índices de cárie. Neste estudo, foi encontrada uma maior prevalência da doença entre as crianças que, segundo os responsáveis, possuíam dieta rica em açúcares. Esse achado corrobora a literatura, que define a cárie como é uma doença biofilme-açúcar-dependente²¹, ou seja, depende da não remoção do biofilme e da frequência elevada de contato da superfície dentária com os diferentes tipos de açúcares.

A condição socioeconômica afeta diretamente a dieta das crianças, visto que os alimentos processados e ultraprocessados, ricos em açúcares e conservantes, são ofertados cada vez mais de maneira precoce²².

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se a homogeneidade da amostra, devendo-se ao fato das crianças participantes residirem em uma mesma região na cidade de São Gonçalo do Amarante e possuírem aspectos sociais, econômicos e culturais semelhantes. Entretanto, possui relevância a nível municipal para entender e melhorar os serviços já prestados para essa população em específico, assim como compreender a necessidade de serviços que vão para além do papel do cirurgião-dentista, como a garantia de uma renda para melhor qualidade de vida e de saúde.

CONCLUSÃO

Conclui-se que há uma relação direta da cárie na primeira infância com aspectos econômicos. Além disso, foi observado que o índice ceo-d dessa população acompanha os valores em nível nacional e regional. Esses achados ressaltam a importância de que os gestores busquem realizar e apoiar cada

vez mais ações que estimulam a promoção da saúde bucal, bem como desenvolvam estratégias voltadas para a geração de emprego e renda da população.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Júlia Luiza Azevedo Barbosa e **Adriano de Aguiar Filgueira** contribuíram com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Ana Karine Macedo Teixeira** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa. **Maria Karolyne Bezerra Rodrigues** e **Mário Vinícius Marques Paiva** contribuíram com a realização da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Sugars and dental caries. Geneva: WHO; 2017.
- Phantumvanit P, Makino Y, Ogawa H, Rugg-Gunn A, Moynihan P, Petersen PE, et al. WHO global consultation on public health intervention against early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018;46(3):280-287. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cdoe.12362>
- Pitts NB, Ramos-Gomez F, Slayton RL, Feldens CA, Tinanoff N, Broome ME, et al. Early childhood caries: IAPD Bangkok declaration. *Int J Paediatr Dent.* 2019;29(1):384- 386. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/aapd/jodc/2019/00000086/00000002/art00002;jsessionid=wg963j2vg60n.x-ic-live-02>
- Alves dos Santos GN, Oliveira MM, Souza ALA, Silva JF, Martins MV. Momento de introdução de açúcar na dieta e cárie na primeira infância: um estudo de base populacional em pré-escolares. *Rev Odontol UNESP.* 2021;50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounosp/a/LpJTnxyyRCvzpWxmmS77mgG/abstract/?lang=pt>
- De Sousa Araújo I, dos Santos AF, de Oliveira JGG, Lima MD, Machado FCA. Prevalência de cárie dentária em crianças em condição de vulnerabilidade social. *ID on line Rev Psicol.* 2020;14(49):577-87. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2349>
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno temático do Programa Saúde na Escola: saúde bucal. [livro online]. Brasília: MS, MEC, 2022. [acesso em 20 jan 2025]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_saude_bucal.pdf.
- Kirthiga M, Murugan M, Saikia A, Kirubakaran R. Risk factors for early childhood caries: a systematic review and meta-analysis of case-control and cohort studies. *Pediatr Dent.* 2019;41(2):95-112. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/aapd/pd/2019/00000041/00000002/art00002>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo Brasileiro de 2022 [acesso em 21 jan 2025]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- World Health Organization (WHO). Oral health surveys: basic methods. 4. ed. Geneva, 1997. 66p
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais. Brasília: MS, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. SB Brasil 2023 : Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final. Brasília: MS, 2024.
- Cavalcante AUM, Silva HCR, Lima MG, Oliveira TMC, Sousa FFD, Rodrigues LKA. Prevalência de cárie dentária na primeira infância em uma instituição social em Fortaleza, Ceará. *Rev Eletr Acervo Saúde.* 2024;24(8):e16073. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16073>
- Tinanoff N, Baez RJ, Diaz-Guallory C, Donly KJ, Feldens CA, McGrath C, et al. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *Int J Paediatr Dent.* 2019;29(3):238-248. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ipd.12484>
- Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev Saude Coletiva.* 2007;17:77-93.
- Neri M. (2022). Mapa da Nova Pobreza. [publicação online]; 2022 [acesso em 20 jan 2025]. Disponível em: <https://cps.fgv.br/pesquisas/mapa-da-nova-pobreza>
- Zalazar PI, Almeida LGS, Silva LFC, Costa MHR, Souza LC. Saúde bucal em crianças: uma estratégia de cuidado na escola. *Brazilian J Health Rev.* 2023;6(5):25489- 25496. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/64114>
- Cavalcante MB, Costa FSL, Silva MS, Costa DCA, Almeida MCR. A influência dos pais ou responsáveis na saúde bucal de crianças de 0 a 12 anos. *Res Soc Dev.* 2022;11(16):e161111638207. Disponível

em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/38207>

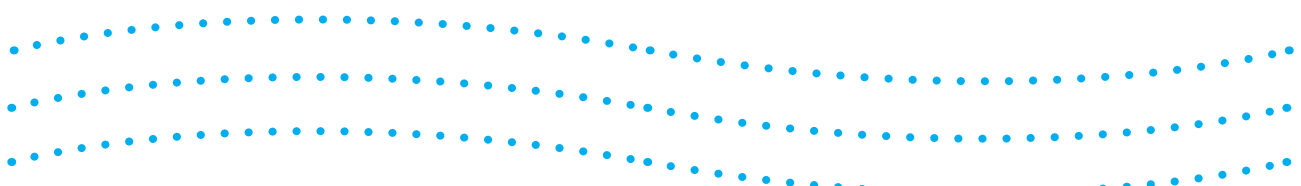
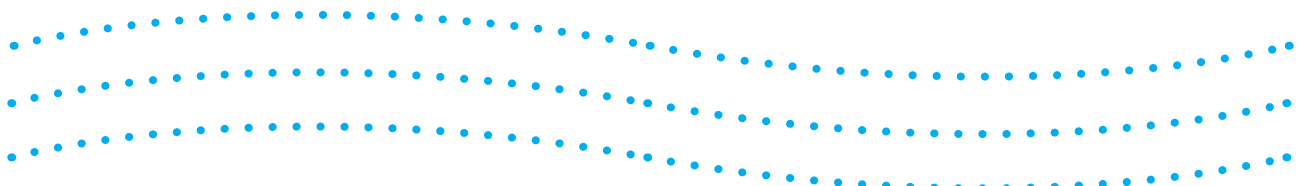
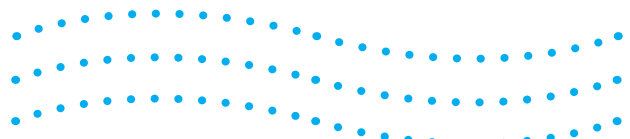
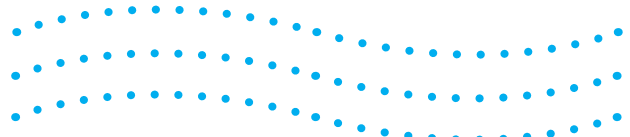
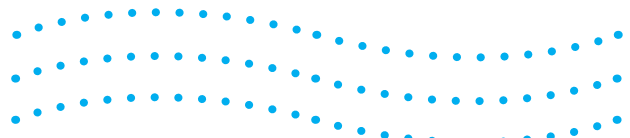
18. Suprabha BS, Shenoy R, Bhat M, Chandu G, Rao A. Early childhood caries and parents' challenges in implementing oral hygiene practices: a qualitative study. *Int J Paediatr Dent*. 2021;31(1):106-14. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ipd.12696>

19. Kubo FMM, Mialhe FL. Fio dental: da dificuldade ao êxito na remoção do biofilme interproximal. *Arq Odontol*. 2011;47(1). Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3560>

20. Carvalho WC, Silva MFL, Souza TR, Almeida PG, Costa RS. Cárie na primeira infância: um problema de saúde pública global e suas consequências à saúde da criança. *Rev Flum Odontol*. 2022;2(58):57-65. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Caroline-Rodrigues-Thomes/publication/370302204_CARIE_NA_PRIMEIRA_INFANCIA_UM_PROBLEMA_DE_SAUDE_PUBLICA_GLOBAL_E_SUAS_CONSEQUENCIAS_A_SAUDE_DA_CRIANCA/links/6563c235b86a1d521b0e80d0/CARIE-NA-PRIMEIRA-INFANCIA-UM-PROBLEMA-DE-SAUDE-PUBLICA-GLOBAL-E-SUAS-CONSEQUENCIAS-A-SAUDE-DA-CRIANCA.pdf

21. Cury JA, Tenuta LM, Serra MC. Paradigms in teaching cariology. *A world class dentistry*. FDI; 2010.

22. Lucena N, Oliveira WN, Lima RC, Souza TSM, Silva HVA. Marcadores do consumo de alimentos ultraprocessados em crianças. *Rev Cienc Plural*. 2022;8(2):1-18. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/26022>



REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE

CARE NETWORK FOR PEOPLE WITH DISABILITIES IN A HEALTH REGION

RED DE CUIDADOS A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD EN UNA REGIÓN SANITARIA

Sháyra Anny Moura Barbosa ¹Pedro Paulo Rodrigues ²Rayane Moreira de Alencar ³**Como Citar:**

Barbosa SAM, Rodrigues PP, Alencar RM. Rede de cuidados à pessoa com deficiência em uma região de saúde. *Sanare*. 2025;24(2).

Descritores:

Assistência à Saúde; Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Pessoas com Deficiência; Integralidade em Saúde.

Descriptors:

Health Care Delivery; Health Services; Unified Health System; People with Disabilities; Comprehensive Health Care.

Descriptores:

Atención a la Salud; Servicios de Salud; Sistema Único de Salud; Personas con Discapacidad; Integralidad en Salud.

Submetido:

18/12/2024

Aprovado:

19/11/2025

Autor(a) para Correspondência:

Pedro Paulo Rodrigues
End: Rua Baraúnas, Número 351,
Bairro: Universitário,
Campina Grande -
PB, CEP: 58429-500
E-mail: pedro_roes@outlook.com

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar os fluxos e serviços que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) na IX Região de Saúde de Pernambuco. Realizado entre outubro de 2019 e fevereiro de 2020, tratou-se de um estudo de caso exploratório que envolveu a coleta de dados sobre o número de pessoas com deficiência, a identificação dos serviços da RCPCD e a análise dos fluxos de agendamento e encaminhamento. Foram utilizados diversos softwares para o processamento e sistematização dos dados, complementados por entrevistas com gestores da IX Gerência Regional de Saúde e coordenadores da Atenção Básica de cinco municípios da região. Os resultados mostraram fragilidades na articulação entre os pontos da rede, como falta de documentos orientadores dos fluxos de encaminhamento e a subutilização de mecanismos existentes. Foi constatada a ausência de serviços especializados para alguns tipos de deficiência na região e a dependência de serviços localizados na capital, Recife. Evidenciou-se, portanto, a necessidade de maior integração entre os serviços, bem como de investimentos em infraestrutura e capacitação de profissionais para melhorar o atendimento às pessoas com deficiência na região. Concluiu-se que, embora a RCPCD esteja estabelecida, ainda há desafios na sua organização e funcionamento, comprometendo a oferta de cuidados integrais e de qualidade à população atendida.

1. Universidade de Pernambuco (UPE). Recife - PE; E-mail: mourashayra@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5200-1572>

2. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Campina Grande - PB; E-mail: pedro_roes@outlook.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7026-0092>

3. Universidade Regional do Cariri (URCA). Iguatu -CE; E-mail: rayane.alencar@urca.br; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1989-3200>

ABSTRACT

The study aimed to analyze the flows and services comprising the Care Network for People with Disabilities (RCPCD) in the IX Health Region of Pernambuco. Conducted between October 2019 and February 2020, the exploratory case study involved data collection regarding the number of people with disabilities, the identification of RCPCD services, and analyzing scheduling and referral flows. Various software programs were used for data processing and systematization, complemented by interviews with managers of the IX Regional Health Management and Primary Care coordinators from five municipalities in the region. Results showed weaknesses in the articulation between network points, such as the lack of guidance documents for referral flows and the underutilization of existing mechanisms. The absence of specialized services for some types of disabilities in the region and the dependence on services located in the capital, Recife, were observed. Therefore, the need for greater integration between services was evidenced, as well as investments in infrastructure and professional training to improve care for people with disabilities in the region. It is concluded that, although the RCPCD is established, challenges remain regarding its organization and functioning, compromising the provision of comprehensive and quality care to the target population.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo analizar los flujos y servicios de que integran la Red de Cuidados a la Persona con Discapacidad (RCPCD) en la IX Región Sanitaria de Pernambuco. Realizado entre octubre de 2019 y febrero de 2020, se trató de un estudio de caso exploratorio incluyó la recopilación de datos sobre el número de personas con discapacidad, la identificación de los servicios de la RCPCD y el análisis de los flujos de programación y derivación. Se utilizaron diversos softwares para el procesamiento y la sistematización de los datos complementados con entrevistas a gestores de la IX Gerencia Regional de Salud y coordinadores de Atención Básica de cinco municipios de la región. Los resultados evidenciaron debilidades en la articulación entre los puntos de la red, como la ausencia de documentos orientadores de los flujos de derivación y la subutilización de los mecanismos existentes. Se constató la falta de servicios especializados para algunos tipos de discapacidad en la región y la dependencia de servicios localizados en la capital, Recife. Se evidenció, por lo tanto, la necesidad de una mayor integración entre los servicios, así como inversiones en infraestructura y en la capacitación de profesionales para mejorar la atención a las personas con discapacidad en la región. Se concluyó que, aunque la RCPCD está instituida, aún persisten desafíos en su organización y funcionamiento, lo que compromete la oferta de cuidados integrales y de calidad a la población atendida.

.....

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou mudanças na assistência à saúde das Pessoas com Deficiência (PcD), ao estabelecer a garantia de acesso universal, equânime e integral à população. Porém, apesar desses pressupostos, as iniciativas voltadas à saúde dessa população desenvolveram-se de forma pontual e dissociada dos princípios de integralidade, equidade, universalidade e acesso qualificado à saúde¹.

O Decreto nº 7.612/2011 define as Pessoas com Deficiência (PcD) como “aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”². A deficiência pode ser classificada em auditiva, física,

visual, mental e múltipla, conforme o Decreto nº 5.296/04. Contudo, discute-se, no âmbito científico, a substituição do termo “deficiência mental” por “deficiência intelectual”, uma vez que a Organização das Nações Unidas (ONU) já havia adotado essa alteração em 1995².

Assim, por meio da Portaria nº 793/2012, instituiu-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no âmbito do SUS, a fim de fornecer um cuidado integral a essa população. A rede estruturada nos componentes da Atenção Básica, da Atenção Especializada em Reabilitação e da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, cada qual constituído por uma série de serviços que devem atuar de forma articulada e com acesso regulado entre os diferentes pontos de atenção^{3,4}.

No entanto, apesar da instituição da RCPCD e de seus pressupostos claramente definidos quanto à oferta de cuidado integral, ainda se observa pouca

articulação entre as equipes que atuam nos diversos pontos de atenção da Rede. Tal condição evidencia uma política que permanece carente de investimentos, tanto estrutural – necessários para disponibilizar tecnologias para fornecer o atendimento adequadas ao atendimento dessa população – quanto na capacitação dos profissionais⁵.

Destaca-se que uma rede de cuidados fragilizada pode ocasionar em demora para a realização de exames complementares e para a avaliação por outros profissionais, além de gerar demandas que poderiam ser absorvidas pela Atenção Primária a Saúde (APS), mas que acabam chegando aos serviços de urgência e emergência. Soma-se a isso a comunicação pouco efetiva entre os diversos serviços de saúde componentes da rede, com fluxos descontínuos de referência e contrarreferência^{6,7}.

Mediante os apontamentos, tem-se como objeto deste estudo descrever como estão organizados os fluxos de agendamento de atendimentos e de encaminhamentos dentro da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na IX Região de Saúde de Pernambuco, bem como analisar os serviços ofertados ao cuidado às pessoas com deficiência na IX Região de Saúde nesse território.

O estudo da RCPCD na IX Região de Saúde de Pernambuco mostra-se relevante, visto que o número de pessoas com deficiência está crescendo em todo o mundo. Além disso, esse grupo populacional encontra-se geralmente exposto a condições de vulnerabilidade, como menor nível de escolaridade, taxas mais altas de pobreza e menos acesso à saúde. Entre as principais barreiras enfrentadas por essas pessoas está a pouca prestação de serviços de cuidados à saúde voltados às suas necessidades específicas⁸. Esta é uma barreira evitável, que pode ser minimizada pela melhora da assistência à saúde dessa população, incluindo o fortalecimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território.

Almeja-se que este estudo contribua para uma melhor compreensão de como está organizada a RCPCD na IX Região de Saúde de Pernambuco e, com isso, contribua para o desenvolvimento de estratégias que visem a melhoria dessa rede na região.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de caráter exploratório. A escolha dessa abordagem metodológica deveu-se à sua adequação ao período disponível para a realização da pesquisa e ao baixo

custo envolvido. O estudo foi desenvolvido na IX Região de Saúde de Pernambuco, cuja sede está localizada no município de Ouricuri.

Para definição da amostra, utilizou-se o critério de amostragem por variedade de tipos. A escolha dos informantes-chave ocorreu de forma a extrair informações referentes aos fluxos em todos os componentes da RCPCD, a saber: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Considerou-se um total de 10 participantes, distribuídos em dois segmentos: Segmento 1, correspondente aos gestores que trabalham na IX Gerência Regional de Saúde (GERES); Segmento 2, correspondente aos coordenadores da Atenção Básica de cinco municípios da regional (Araripina, Bodocó, Exu, Ipubi e Ouricuri).

Como critérios de inclusão, foram considerados aptos a participar da pesquisa os sujeitos que fossem titulares do cargo ou seus representantes legais há, pelo menos, três meses – período definido pelos pesquisadores por representar o tempo mínimo necessário para ter aproximação com a rede de serviços na qual estavam inseridos. Não puderam fazer parte da amostra os participantes que atenderam aos critérios de exclusão a seguir: a) estar afastado por licença de qualquer natureza ou em gozo de férias no período delimitado para a coleta de dados; b) apresentar indisponibilidade para responder ao instrumento de coleta de dados.

O processo de coleta de dados ocorreu após a identificação dos fluxos de agendamento de atendimentos e encaminhamentos presentes na RCPCD da região. Esses fluxos foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada com os 10 informantes-chave, sendo cinco gestores da IX GERES e cinco gestores dos municípios.

Para coleta das informações referentes à identificação dos fluxos, utilizou-se um roteiro desenvolvido pelos autores para guiar a entrevista. O instrumento continha cinco questões abertas acerca das ações em saúde voltadas à pessoa com deficiência realizadas no município ou na região de saúde; da presença de instrumentos que orientassem o fluxo de agendamento de atendimentos e encaminhamentos na Rede; da existência de serviço para fornecimento de próteses e órteses; dos serviços especializados em reabilitação para os quais essas pessoas são encaminhadas dentro e fora da Região de Saúde; e das potencialidades e limitações visualizadas na Rede.

Realizou-se, a princípio, um teste piloto com o objetivo de identificar possíveis vieses e promover correções nos procedimentos de pesquisa. O teste foi desenvolvido por meio da aplicação do roteiro de entrevista com dois gestores do setor de Atenção à Saúde da IX GERES, contando com a participação de dois pesquisadores devidamente treinados.

Inicialmente, o projeto era apresentado ao participante, sendo entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido. Em seguida, realizava-se a entrevista com os sujeitos que consentissem em participar da pesquisa. Foi solicitada a autorização para a gravação das entrevistas.

As respostas foram transcritas na íntegra, e a transcrição foi realizada pelo mesmo pesquisador responsável que conduziu as entrevistas. Cada entrevista ocorreu de forma individual, em horários distintos e em local apropriado. Destaca-se, ainda, que, nesse momento, os cinco representantes da IX GERES responderam ao formulário apresentado na segunda etapa.

A análise das informações referentes às entrevistas sobre a identificação dos fluxos de agendamento de atendimentos e encaminhamentos foi feita por meio do método de Análise de Conteúdo Temático, composta pelas etapas de pré-análise; exploração do material, categorização ou codificação; e tratamento dos resultados, inferências e interpretação⁹. Os resultados estão apresentados em categorias temáticas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM/UPE), sob CAAE 20541019.2.0000.5191, e obedeceu às diretrizes definidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), dentre as quais se destacam a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (Brasil, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, apresentam-se os resultados da pesquisa, divididos em subtópicos de acordo com a temática estudada. As falas dos participantes estão transcritas e identificadas por letras acompanhadas do número correspondente ao participante, sendo: A – gestores atuantes na IX GERES; e B – coordenadores da Atenção Básica de cinco municípios da regional.

Fluxos de Encaminhamentos nos Serviços

Municipais, Regionais, Macrorregionais e Estaduais

No que se refere à análise dos fluxos de encaminhamentos dentro da RCPCD, 70% dos entrevistados relataram desconhecer a existência de documentos que orientem esse fluxo dentro na Rede. Além disso, 40% dos entrevistados relataram a existência de fluxos internos de encaminhamentos para serviços municipais, como as Policlínicas, bem como para a Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE); contudo, destacaram que esses fluxos não são guiados por nenhum documento. O desconhecimento acerca da existência de instrumentos orientadores foi evidenciado em algumas falas, como:

“Existe um fluxo para encaminhamento de pacientes para a UPAE e para a Policlínica do município. Porém, não se tem um protocolo. É um fluxo que foi criado dentro do município pra encaminhar esses pacientes pra policlínica e um fluxo que foi criado para o encaminhamento desses pacientes pra UPAE [...]” (B2).

“Não, não existe. Houve uma tentativa do município em gerar um fluxo de referência e contra referência junto com a Atenção, principalmente pra fisioterapia e psicologia, que era a nossa intenção, pra que existisse de fato um processo de referência e contra referência que pudesse ter um fluxo melhor, mas não foi tão efetivo a nossa ficha e o que a gente vai ter de específico mesmo, foi o que eu coloquei, a fichazinha, a listagem de quem são as crianças e os pais, enfim, que é pra ter uma atenção especial” (B5).

Esse resultado sugere uma subutilização desses mecanismos na RCPCD, sendo imprescindível a organização do processo de trabalho de forma que contemple um tempo destinado às estratégias que propiciem um maior conhecimento desses instrumentos. Ressalta-se que o baixo nível de conhecimento e a subutilização dos instrumentos, somados à divergência de informações e ao uso inadequado destes documentos na Rede, indicam falhas na comunicação entre os profissionais dos diversos níveis de atenção à saúde. Tais fragilidades contribuem para a fragmentação do cuidado,

comprometem a qualidade da atenção e dificultam a adequada implantação das políticas públicas¹⁰.

Ademais, 40% dos entrevistados relataram a existência de um sistema de regulação estadual, denominado Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE), onde são distribuídas cotas mensais para diversos serviços em todo o estado. Assim, o município consegue vagas para atendimento naquele serviço de acordo com o que é disponibilizado mensalmente. A existência de um sistema de regulação estadual traz mudanças positivas em relação à assistência à saúde prestada à população, favorecendo maior aproveitamento da capacidade instalada da rede de serviços.

Além disso, entre esses entrevistados, 75% relataram a existência, no referido sistema, de protocolos que devem ser seguidos para a marcação de consultas e exames. É importante salientar que esses protocolos são divulgados nas reuniões do colegiado e da Comissão Intergestores Regional (CIR), enviados para os municípios e divulgados pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana, conforme exemplificado na fala de um entrevistado apresentada a seguir:

“[...] Nós temos um sistema de regulação, disponibilizamos essas cotas mensais e cada município faz seu agendamento, não só na região daqui da região da IX Geres, mas em todo estado de Pernambuco. Também tem Recife que a gente usa uma referência do Hospital Maria Lucinda que lá já é um ambulatório de doenças raras que é para todas as síndromes, que a gente tem um protocolo que identifica quais são as síndromes. A gente divulga esses protocolos nas reuniões de colegiado, manda para os municípios, divulga na CIR né, que é mensal, e divulga também, como o Mãe Coruja o programa é um parceiro, a gente também divulga com o Mãe Coruja. Pra UPAE tem um protocolo e tem as especialidades, são pediatras, são psicólogos, no Hospital Regional a gente tem pediatra, e de fato a reabilitação é na UPAE, mas existe esses fluxos com essa variação dependendo do perfil de cada criança” (A5).

Embora exista um sistema estadual de regulação para a marcação de consultas e exames, um dos entrevistados relatou a realização de agendamento em serviços que não estão incorporados a esse sistema. Segundo o relato, esses agendamentos são

feitos por meio do contato direto com o serviço, efetuado por um profissional do município que atua em Recife realizando especificamente desempenhar esse tipo de ação. O trecho referente a este assunto segue abaixo:

“É ... para encaminhamento para centros mais especializados em reabilitação, os municípios, né? Tem, fazem agendamento por tratamento fora domicílio, né? Então eles entram em contato com os serviços. Aqui no nosso estado, né? Dependendo da especialidade do serviço que é oferecido ele não entra pelo sistema de regulação, né? O município entra em contato com o serviço e faz a marcação do atendimento, por exemplo, a gente tem alguns casos de crianças que são atendidas na AACD, né? Que conseguem atendimento das crianças e elas vão por TFD, então o município entra em contato e consegue essas vagas. Certo, então assim, é ... dependendo do serviço o município ele marca diretamente com o serviço e encaminha por TFD [...]” (A1).

No estado de Pernambuco, foi criado um fluxo específico para o acompanhamento de crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus. Esse fluxo foi exposto detalhadamente por um dos informantes-chave, que detalhou o processo, que se inicia com a notificação imediata do caso assim que ocorre o nascimento e a suspeita. A criança receber alta hospitalar acompanhada de um relatório médico contendo todas as informações sobre os procedimentos realizados durante o período em que ficou internada, e este deve ser apresentado na consulta com o pediatra.

A notificação é enviada para a Coordenação de Microcefalia e a Vigilância em Saúde da IX GERES e repassada para a Apoiadora de Regulação em Saúde, responsável por contatar os municípios e orientar o fluxo necessário para que a criança seja cadastrada corretamente no CMCE. Para isso, existe o Protocolo da Vigilância de Síndrome Congênita do Zika Vírus, que estabelece os critérios para a notificação e inclusão do caso no fluxo¹².

Após todo esse processo, a criança é encaminhada para uma consulta com um pediatra de referência no Hospital Dom Malan (HDM) em Petrolina/PE, município sede da IV Macrorregional de Saúde, da qual a IX Região de Saúde faz parte. Nessa consulta,

o pediatra realiza a avaliação clínica e solicita a tomografia, além de outros exames que ainda não tenham sido realizados no hospital. Em seguida, a criança é encaminhada para o neuropediatra, também no HDM, responsável por concluir o diagnóstico.

No momento da consulta no Dom Malan, é obrigatório que a criança apresente a notificação do caso, o relatório médico e os documentos pessoais. As cotas do Hospital Dom Malan são específicas para as crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus. Após a confirmação do diagnóstico, a criança é acompanhada por um pediatra de referência do serviço de Atendimento Médico Especializado (AME) em Ouricuri/PE e a reabilitação é feita na Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE).

Por fim, dois informantes-chave citaram que as pessoas com deficiência fazem parte do fluxo normal do município, mas que há um cuidado especial em relação aos atendimentos dessas pessoas. Essa afirmação está presente nos trechos transcritos a seguir:

“Não, a gente não ... eu não tenho conhecimento e, assim, eu sei que a gente não utiliza nenhum tipo de protocolo, né? É, a questão dos atendimentos tanto na parte de reabilitação, fono, fisio, como nas unidades, existem os atendimentos, são dado prioridade, né? Para esse tipo de atendimento, tanto quando é realizado dentro da unidade que vem até o serviço, ou quando o serviço vai até ao domicílio do paciente, usuário, né? [..]” (B3)

“Não, não existe. Houve uma tentativa do município em gerar um fluxo de referência e contra referência junto com a Atenção, principalmente pra fisioterapia e psicologia, que era a nossa intenção, pra que existisse de fato um processo de referência e contra referência que pudesse ter um fluxo melhor, mas não foi tão efetivo a nossa ficha e o que a gente vai ter de específico mesmo, foi o que eu coloquei, a fichazinha, a listagem de quem são as crianças e os pais, enfim, que é pra ter uma atenção especial” (B5).

O desenho de Redes de Atenção à Saúde (RAS) apresenta-se como uma solução para inovar o processo de organização do SUS, superando a fragmentação dos níveis de atenção e tornando-o mais eficaz.

Para o seu funcionamento são essenciais alguns atributos essenciais, como a definição da população, a identificação dos dispositivos de saúde que fazem parte do território e o conhecimento de como estão estruturados os diversos níveis de atenção naquela área. Dessa forma, a análise da implementação de uma Rede Atenção é necessária que esses itens sejam levados em consideração¹³.

O desconhecimento dos processos e fluxos dentro da RAS por parte dos gestores enfraquece a saúde coletiva, descaracterizando os objetivos das redes e comprometendo a saúde da população que faz uso dos dispositivos de saúde. Essa realidade afeta a programação de saúde dos usuários, que por vezes transitam nos espaços de saúde sem compreender os fluxos, o que dificulta sua participação ativa no processo de cuidado.

Fluxos para Aquisição de Próteses e/ou Órteses na RCPCD da IX Região de Saúde de Pernambuco

Em relação aos fluxos para aquisição de prótese e/ou órteses, 60% dos entrevistados relataram que o serviço de referência para esse fornecimento é a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), que não entra no sistema de regulação do estado, e cujas marcações são feitas diretamente lá. A seguir estão dispostos alguns trechos que apresentam essa afirmação:

“Não tem. Na AACD, é regulado pelo município que tem uma pessoa na casa de apoio que faz essas marcações. Porque na AACD, é uma entidade filantrópica que não tem vínculo com o estado” (A4).

“Essa questão de prótese e órtese a gente ainda não está regulando, mas o estado de Pernambuco utiliza do meu conhecimento a AACD. Ela não é regulada, mas eu tenho conhecimento inclusive de crianças que são portadoras de microcefalia que foram para essa para esse serviço, certo? Para deficiente auditivo lá consegue também, que eu tenho conhecimento assim, e assim essa questão de prótese, como não é regulada, acredito que a coordenação de microcefalia tem como falar mais sobre isso” (A5).

“É feito através de TFD pra Recife, pra AACD” (B1).

A AACD é uma organização sem fins lucrativos que atua na reabilitação de crianças, jovens e adultos com deficiência física e oferece assistência em consultas, exames, terapias, órteses, próteses, internações e cirurgias. Ela possui uma sede em Recife e realiza atendimentos que vão desde o diagnóstico até a reabilitação¹⁴.

Um desses entrevistados também descreveu o fluxo interno para aquisição de próteses e/ou órteses na AACD voltado às crianças com Síndrome Congênita associada à Infecção pelo Vírus Zika. Geralmente, o ortopedista solicita a prótese ou órtese, e a mãe apresenta a solicitação ao município, que entra em contato com os profissionais da IX GERES para verificar a possibilidade de regulação. Nessa etapa, é informado que a mãe terá que ir diretamente à AACD para realizar o cadastro, levando a solicitação e toda a documentação dela e da criança. Após o cadastro, é marcada uma consulta com uma assistente social e, posteriormente, agendada uma nova consulta com um ortopedista da própria instituição, responsável pela avaliação da criança pela realização das medidas da órtese ou prótese. Destaca-se o relato de demora entre a consulta com a assistente social e o atendimento com o ortopedista.

Um dos informantes-chave também informou que existem dois outros serviços para aquisição de próteses e/ou órteses em Pernambuco: o Hospital Agamenon Magalhães (HAM) e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), ambos localizados no Recife. Segundo o relato, as marcações no HAM podem ser realizadas tanto pelo sistema de regulação estadual, quanto por meio do contato direto com o serviço. Esse relato está presente no seguinte trecho:

“[...] O que a gente tem de conhecimento é que coloca no sistema por regulação e vai pra Recife. Ou tem muita criança, muito adulto, muita criança, né? Que vai pra AACD em Recife, eles conseguem marcação e depois que eles dão entrada no serviço, eles conseguem tudo. Então, a gente tem muita criança que tem cadeira, órtese mesmo, a perna, braço mecânico, eles pegam essa questão de órtese e prótese na AACD. Eles também dão entrada no Agamenon Magalhães em Recife, também no IMIP ... a AACD não segue fluxo daqui, mas a família consegue marcação até via Secretaria. É um fluxo meio que não fluxo. Porque as Secretarias

assim, tem uma pessoa, a maioria, fica uma pessoa fazendo marcação em Recife por fora da regulação, porque a regulação de fato, telefone e internet, não funciona, então eles ficam pra ir pro local [...]” (A2).

Vale ressaltar que 30% dos entrevistados relataram a inexistência de um serviço específico de fornecimento de próteses e órteses na IX Região de Saúde, uma vez que não existe nenhum serviço de referência dentro da própria Região, sendo todos os serviços disponíveis localizados no Recife. Além disso, 20% dos entrevistados também não souberam informar como ocorre esse fornecimento.

Os achados desse estudo, no que se refere à dispensação de próteses e órteses, corroboram com os resultados encontrados em uma pesquisa que teve como objetivo realizar uma análise diagnóstica da assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e de violência em municípios de Pernambuco, Brasil, com mais de 100 mil habitantes¹⁵. Dos 10 municípios com população acima de 100 mil em habitantes em 2007 que participaram da pesquisa, apenas o município de Recife realizava dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares para locomoção.

O desenho da RCPCD pode contar com o serviço de Oficina Ortopédica, fixo ou itinerante, responsável pela dispensação, confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Esse serviço deve estar articulado e vinculado a um estabelecimento de saúde habilitado como Serviço de Reabilitação Física ou ao CER com serviço de reabilitação física, visando ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva¹⁶. Assim, a implantação do Centro Especializado em Reabilitação tipo III (CER III) na IX Região de Saúde traria a possibilidade de um serviço de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção dentro do próprio território regional. Vale salientar que o CER pactuado para IX Região oferecerá, inicialmente, serviços em reabilitação visual, auditiva e intelectual/cognitiva

Disposição dos serviços de referência para reabilitação na RCPCD da IX Região de Saúde de Pernambuco

Com base na análise das informações das entrevistas, foram identificados os seguintes serviços de referência por tipo de deficiência:

Quadro 1 - Identificação dos Serviços de Referência por tipo de Deficiência nos Níveis Municipal, Regional, Macrorregional e Estadual

Tipo de deficiência	Nível municipal	Nível regional	Nível macrorregional	Nível estadual
Física	Policlínicas e NASF-AB	UPAE e HRFB	HDM	Hospital Maria Lucinda e AACD
Visual	-	HRFB	-	Fundação Altino Ventura FAV, Hospital das Clínicas, HAM e Hospital Otávio de Freitas.
Auditiva	Policlínicas e NASF-AB	Otorrinolaringologista e fonoaudiólogo **	-	Hospital das Clínicas, HAM, IMIP e Hospital Maria Lucinda
Intelectual/ Cognitiva	Policlínicas, NASF-AB e CAPS*	AME	Um informante disse que tem referência em Petrolina, mas informou em qual serviço	Hospital Maria Lucinda

Fonte: Elaboração própria (2024).

* Um município relatou o CAPS com um local de atendimento.

**Um informante-chave relatou que existia a referência desses dois profissionais a nível regional, mas não informou em qual serviço seria.

Observa-se a ausência de serviços de reabilitação visual nos níveis municipal e macrorregional, fato que foi relatado por um dos entrevistados que mencionou não haver profissionais no município para atender a essa demanda, bem como pelo depoimento de outro participante que apontou a deficiência na oferta de serviços oftalmológicos a nível estadual. A atenção à saúde em oftalmologia foi uma das linhas de cuidado pactuadas no Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco em 2011, diante da necessidade de se organizar a integração das ações municipais da atenção primária e de média complexidade com as referências de maior complexidade assumidas pela gestão estadual¹⁶. Porém, percebe-se que, mesmo após nove anos dessa pactuação, o estado de Pernambuco ainda possui dificuldades na oferta de serviços de saúde votados à assistência visual. Além disso, observa-se também a limitação de serviços de referência macrorregional para reabilitação de PcD.

O estado de Pernambuco está dividido em quatro Macrorregiões de Saúde, sendo a IX Região de Saúde parte integrante da IV Macrorregião, junto com a VII e a VIII Regiões de Saúde. As macrorregiões constituem-se arranjos territoriais que agregam mais de uma Região de Saúde, organizando entre si ações e serviços de média complexidade especial e alta complexidade, de forma a complementar a atenção à saúde das populações desses territórios¹⁶.

Evidencia-se que, mesmo com a conformação em Regiões de Saúde bem definidas, ainda não há uma articulação forte entre elas e as RAS, visto que ambas não se reforçaram mutuamente. Consequentemente, nem as redes operam ainda como redes, nem as regiões como regiões¹⁷, condição que foi verificada nos resultados encontrados neste estudo.

Outro resultado importante encontrado diz respeito à utilização de serviços privados para reabilitação de alguns tipos de deficiência. Nesse quesito, um informante-chave relatou o uso da rede privada na reabilitação de deficiência física, enquanto dois informantes-chave relataram a utilização da rede privada na reabilitação de deficiência intelectual/cognitiva. Esses relatos encontram-se expressos nos seguintes trechos:

“[...] Mas os municípios eles pontuam que fazem reabilitação e alguns são encaminhados pra Recife, que precisam de mais algum outro tratamento que não tenha aqui eles fazem, ou faz particular né, aqui a gente tem muito paciente que faz por conta [...]” (A2 – Reabilitação física).

“[...] O acompanhamento é difícil, porque a gente não tem quase que TO, a gente quase que não tem psicólogo, quando tem é ou no CAPS ou no NASF, mas fazendo o acompanhamento mais geral e outras demandas, que é muito grande, não é só para isso. Então a referência é complicada pra parte intelectual. É mais particular mesmo” (A2 – Reabilitação intelectual/cognitiva).

“Só Recife mesmo, aqui a gente, a gente não tem TO. Eles quando, eles quando vão para a Rede privada, que já se referenciam na privada mesmo, né? Por conta deles, mas a gente mesmo aqui só Recife” (B3 - Reabilitação intelectual/cognitiva).

A relação público-privada está presente no sistema de saúde brasileiro e tem participação competitiva com o sistema público, apresentando uma concepção de assistência contrária aos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS, o qual desempenha papel importante na redução das desigualdades sociais¹⁵.

Antes da instituição da RCPCD, o cuidado à saúde da Pessoa com Deficiência era prestado geralmente pela Atenção Especializada, por meio de equipamentos de reabilitação, não atendendo a todas as demandas de saúde dessa população. A RCPCD traz os Centros de Reabilitação como pontos de atenção necessários, mas que devem estar articulados com os outros pontos de atenção do SUS. Isso constitui outra lógica na organização da reabilitação, em que há o Centro Especializado em Reabilitação (CER) como nó da Rede, podendo atender dois, três ou quatro tipos de deficiência, que articula os outros componentes e pontos de atenção da RCPCD, de modo a assegurar uma atenção integral à PcD^{18,19}.

Ressalta-se, ainda, o desconhecimento de alguns entrevistados a respeito de para quais serviços especializados em reabilitação as Pessoas com Deficiência eram encaminhadas. Esse fato foi verificado na entrevista de um informante-chave em relação à reabilitação física, de três informantes-chave quanto à reabilitação visual, de um informante-chave referente à reabilitação auditiva e de um informante-chave no que se refere à reabilitação intelectual/cognitiva.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa conseguiu atender aos objetivos geral e específicos propostos, fornecendo uma análise geral de como a RCPCD está organizada na IX Região de Saúde de Pernambuco.

Considerando a extensão territorial da região, esperava-se a existência de um maior número de dispositivos de saúde capazes de ampliar a cobertura destinada a essa população, que se apresenta em número considerável no território. Vale destacar que existe uma falha na identificação dessas pessoas pela Atenção Primária à Saúde, demonstrada no comparativo entre os resultados do estudo e os valores de prevalência de PcD do Censo 2010.

Ademais, na identificação dos serviços existentes, percebeu-se a oferta de serviços especializados em reabilitação, presentes apenas em alguns municípios. Também foi verificada a pouca oferta de Terapeutas Ocupacionais no âmbito municipal.

Visualiza-se uma RCPCD frágil, com componentes que não estão integrados e não são totais. Os fluxos são descontínuos e existe uma lacuna grande na prestação de assistência à saúde em alguns tipos de deficiência. Além disso, a distribuição dos dispositivos especializados demonstra a existência de poucos serviços a nível regional e macrorregional, com concentração expressiva no município de Recife, o que acarreta importantes barreiras de acesso aos serviços de saúde para essa população. Assim, faz-se necessário refletir sobre como concretizar práticas de cuidado a essa população sem conseguir ofertar uma Rede de Atenção atuando de forma articulada e garantindo o cuidado integral às PcD.

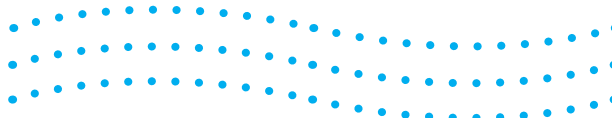
O estudo apresenta limitações relacionadas ao número de informantes-chaves, sendo uma delas o fato de dados com os gestores municipais ter sido realizada em apenas cinco municípios da IX Região de Saúde. Outra limitação foi a ausência de informantes-chave dos serviços da UPAE e do HRFB, dispositivos que estão presentes na IX região de Saúde e cuja inclusão dos gestores na pesquisa poderia fornecer informações mais completas sobre toda a RDPCD. Por fim, a ausência de representantes das PcD também se considera como uma limitação. Sugere-se que estudos futuros que abordem esta temática incluam todos os gestores que estiverem envolvidos no processo de prestação da assistência à saúde na RCPCD, bem como representantes dos Conselhos Municipais da Pessoa com Deficiência.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Sháyra Anny Moura Barbosa contribuiu com a concepção do estudo, o delineamento metodológico, coleta e análise de dados a orientação geral da pesquisa e com a redação e adequação final do manuscrito às normas acadêmicas. **Pedro Paulo Rodrigues** contribuiu com a revisão crítica do conteúdo e com a redação e adequação final do manuscrito às normas acadêmicas. **Rayane Moreira de Alencar** contribuiu com a revisão crítica do conteúdo, com o delineamento da pesquisa, apoio na interpretação dos resultados e colaboração na redação e adequação final do manuscrito às normas acadêmicas.

REFERÊNCIAS

- Martins C, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Miranda GMD. Análise da Política de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência em uma capital da Região Nordeste do Brasil. *Physis*. 2023;33. doi:10.1590/S0103-7331202333062.
- Brasil. Presidência da República. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2004.
- Minayo MCS. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(1):7-15.
- Santos JF, Cavalcante TCF. Mediação pedagógica e deficiência intelectual: um estudo de caso acerca da alfabetização com o uso da comunicação alternativa. *Rev Bras Estud Pedagógicos*. 2023;104:e5349. doi:10.24109/2176-6681.rbep.5349.
- Brasil. Presidência da República. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República; 2012.
- Peiter CC, et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. *Esc Anna Nery*. 2019;23(1):1-10. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214.
- Santos AM. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado. Salvador: Edufba; 2018.
- World Health Organization, The World Bank. World report on disability. Genebra: WHO; 2011.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Oliveira CRF, Samico IC, Mendes MFM, Vargas I, Vázquez ML. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(4):1-16. doi:10.1590/0102-311X00119318.
- Basto LBR, et al. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:25. doi:10.11606/s1518-8787.2020054001512.
- Pernambuco. Secretaria de Saúde. I Gerência Regional de Saúde. Mapa de Saúde da I Região de Saúde / I Gerência Regional de Saúde. Recife: Secretaria de Saúde de Pernambuco; 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). Balanço Social 2017. São Paulo: AACD; 2018.
- Celuppi IC, Geremia DS, Ferreira J, Pereira AMM, Sozua JB. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Rev Saúde Debate*. 2019;43(121):302-13. doi:10.1590/0103-1104201912101.
- Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Diretrizes de Vigilância Epidemiológica da Síndrome Congênita relacionada à Infecção pelo Vírus Zika em Pernambuco. Recife: Secretaria Estadual de Saúde; 2017.
- Carroll CB, Gomide M. Análise de redes na regulação do tratamento de câncer do aparelho digestivo. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):1-15. doi:10.1590/0102-311X00041518.
- Valentim RS, et al. Construção e validação de modelo lógico para Centros Especializados em Reabilitação. *Rev Saúde Pública*. 2021;55:54. doi:10.11606/s1518-8787.2021055002976.
- Moreira LB. Avaliação do processo de trabalho em centros especializados de reabilitação do Brasil [dissertação]. Alfenas: Universidade Federal de Alfenas; 2022.



AGENTE PROMOTOR DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: ATUAÇÃO, CUIDADOS, EXPERIÊNCIAS E RESILIÊNCIA

HEALTH PROMOTER AGENT IN THE PRISON SYSTEM: PRACTICE, CARE, EXPERIENCES, AND RESILIENCE

AGENTE PROMOTOR DE SALUD EN EL SISTEMA PENITENCIARIO: ACTUACIÓN, CUIDADOS, EXPERIENCIAS Y RESILIENCIA

Weslen Santana Padilha ¹

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos ²

Como Citar:

Padilha WS, Vasconcellos LCF. Agente Promotor de Saúde no sistema prisional: atuação, cuidados, experiências e resiliência. *Sanare*. 2025;24(2).

Descritores:

Agente Promotor de Saúde; Pessoa Privada de Liberdade; Sistema Prisional; Atenção à Saúde.

Descriptors:

Health Promoter Agent; Incarcerated Person; Prison System; Health Care.

Descriptores:

Agente Promotor de Salud; Persona Privada de Libertad; Sistema Penitenciario; Atención a la Salud.

Submetido:

09/04/2025

Aprovado:

13/11/2025

Autor(a) para Correspondência:

Weslen Santana Padilha
Escola Nacional de Saúde Pública /
Fundação Oswaldo Cruz. Prédio da
Expansão - Av. Brasil, 4036 -
sala 905, Manguinhos,
Rio de Janeiro/RJ - CEP 21040-361
Email: padilhaweslen@gmail.com

RESUMO

O sistema prisional possui pessoas privadas de liberdade que atuam como Agentes Promotores de Saúde (AgPS), que auxiliam no acesso aos serviços de saúde, conforme definem os aparatos legais específicos. Objetivou-se, neste estudo, descrever os AgPS, suas atribuições e o processo de trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que realizou 24 entrevistas entre janeiro e abril de 2023, com AgPS atuantes. Após a seleção e antes de ingressarem na função, esses profissionais passam por capacitações e treinamentos específicos que os habilitam a lidar com as particularidades do ambiente prisional e com as demandas de saúde. Durante a atuação, os AgPS desempenham atividades semelhantes às dos Agentes Comunitários de Saúde, porém adaptadas à realidade prisional. Eles realizam visitas às celas e aos raiois, identificando possíveis problemas de saúde e encaminhando as pessoas para atendimento em saúde, quando necessário. Embora as atribuições desses profissionais não estejam estabelecidas por meio de normas e regulamentos que determinem suas responsabilidades e limites de atuação, eles mantêm uma rotina diária e organizada para fornecer auxílio a toda a população prisional. Portanto, os AgPS contribuem para a mitigação de doenças e para o atendimento das necessidades e cuidados de saúde da comunidade prisional.

1. Doutor em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). E-mail: padilhaweslen@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4847-8823>

2. Doutor em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). E-mail: mvasconcellos@uol.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7679-9870>

ABSTRACT

The prison system includes individuals deprived of liberty who act as Health Promoter Agents (HPAs), assisting the access to health services as defined by specific legal frameworks. This study aimed to describe the HPAs, their responsibilities, and their work processes. It is a qualitative study based on 24 interviews conducted between January and April 2023 with active HPAs. After selection and before assuming their roles, these individuals undergo specific training and capacity-building programs that prepare them to handle the unique characteristics of the prison environment and its health demands. In practice, HPAs perform activities similar to those of Community Health Agents, but adapted to the prison context. They visit prison cells and wings, identify potential health issues, and refer individuals for health care when necessary. Although their roles are not formally defined by regulations that establish their duties and limits of practice, HPAs maintain a structured and organized daily routine to assist the entire prison population. Therefore, they contribute to disease prevention and to meeting the health needs and care of the incarcerated community.

RESUMEN

El sistema penitenciario cuenta con personas privadas de libertad que actúan como Agentes Promotores de Salud (AgPS), quienes auxilian en el acceso a los servicios de salud, conforme lo establecen los marcos legales específicos. El objetivo de este estudio fue describir a los AgPS, sus atribuciones y su proceso de trabajo. Se trata de una investigación cualitativa que realizó 24 entrevistas entre enero y abril de 2023 con AgPS en actividad. Después de la selección y antes de asumir la función, estos profesionales participan en capacitaciones y entrenamientos específicos que los habilitan para manejar las particularidades del entorno penitenciario y las demandas de salud. Durante su actuación, los AgPS desempeñan actividades similares a las de los Agentes Comunitarios de Salud, pero adaptadas a la realidad carcelaria. Realizan visitas a las celdas y a los pabellones, identifican posibles problemas de salud y encaminan a las personas para la atención cuando es necesario. Aunque las atribuciones de estos profesionales no están definidas mediante normas y reglamentos que determinen sus responsabilidades y límites de actuación, mantienen una rutina diaria y organizada para ofrecer apoyo a toda la población penitenciaria. Por lo tanto, los AgPS contribuyen a la mitigación de enfermedades y a la atención de las necesidades y cuidados de salud de la comunidad carcelaria.

.....

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)¹ constitui um marco legal voltado a garantir que todas as pessoas, mesmo em situação de privação de liberdade, tenham acesso equitativo e integral aos serviços de saúde. Ao reconhecer as Unidades Prisionais (UP) como parte integrante da Rede de Atenção à Saúde, a PNAISP promove ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência por meio da Atenção Primária em Saúde desenvolvida no interior das UP. Além disso, destaca a necessidade de políticas públicas amplas e intersetoriais capazes de enfrentar as desigualdades e as deficiências históricas que marcam o sistema prisional².

A implementação de políticas públicas voltadas a grupos historicamente vulnerabilizados é fundamental para a efetivação de direitos que, por diversas razões, foram negados a determinados segmentos da população, como é o caso das Pessoas

Privadas de Liberdade (PPL). Embora os direitos humanos possam ser interpretados de diferentes formas, conforme a orientação ideológica dos governos, é indiscutível compreendê-los como um conjunto indivisível, interdependente e inter-relacionado³.

Nesse contexto, observa-se que o direito à saúde, assegurado pela Constituição Federal, nem sempre é garantido de maneira equitativa a todos os cidadãos. Torna-se, portanto, indispensável a criação de leis complementares e de instrumentos legais que assegurem a inclusão de pessoas em situação de privação de liberdade nas políticas de saúde pública. Dessa forma, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)⁴ e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP)¹ representam avanços, ao possibilitarem, entre outras ações, a participação dos Agentes Promotores de Saúde (AgPS) na promoção e no cuidado à saúde no ambiente prisional.

Logo, os AgPS, no sistema prisional, são pessoas privadas de liberdade capacitadas por profissionais

de saúde para atuarem como multiplicadores de ações de promoção, prevenção e cuidado à saúde dentro das unidades prisionais. Eles auxiliam a equipe de saúde, sob supervisão, para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde, agindo em atividades de prevenção e educação em saúde para seus pares e, com isso, têm a pena reduzida como incentivo.

Diante disso, é relevante garantir que as pessoas privadas de liberdade tenham acesso efetivo aos serviços básicos de saúde, tanto no interior das Unidades Prisionais quanto na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, torna-se imprescindível aprofundar as pesquisas voltadas à saúde no sistema prisional e fortalecer o debate sobre as políticas públicas existentes que, em muitos casos, não são plenamente implementadas nas UP⁵.

Portanto, este estudo inédito apresentará as atuações, os cuidados, as experiências e as resiliências dos AgPS ao desempenharem o seu papel no cuidado, promoção da saúde e prevenção de doenças das PPL, contribuindo para a melhoria das condições de saúde nas instituições de privação de liberdade.

MÉTODO

Os dados apresentados neste artigo fazem parte da pesquisa de doutorado intitulada “Entre grades e cuidados: os agentes promotores de saúde no sistema prisional e o desafio da Covid-19”, do Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) do Rio de Janeiro⁶.

Os resultados foram obtidos por meio da pesquisa qualitativa que se baseou em entrevistas em profundidade realizadas em diferentes unidades prisionais de Mato Grosso: Penitenciária Ana Maria do Couto May, no município de Cuiabá; a Penitenciária Dr. Osvaldo Florentino Leite Ferreira, em Sinop; o Centro de Detenção Provisória em Peixoto de Azevedo e o Complexo de Ressocialização Industrial Ahmenon Lemos Dantas, em Várzea Grande.

Durante o período de janeiro a abril de 2023, foram entrevistadas 24 PPL que atuam como AgPS. Do perfil dos entrevistados, 20 (83%) são do sexo masculino e 4 (17%) do sexo feminino. A faixa etária mais comum foi de 18 a 29 anos, representando 55% dos entrevistados. Em seguida, 30 a 39 anos corresponde a 29%, enquanto 40 a 49 anos e 50 a 59 anos tiveram 8% cada. Não entrevistamos pessoas com 60 anos ou mais, pois não havia PPL nessa

faixa etária atuando. Quanto à diversidade racial, 62% se autodeclararam pardos, 21% brancos, 13% pretos e 4% amarelos. Em relação ao estado civil, 21% eram amasiados, 13% casados, 13% separados e 53% solteiros. No aspecto educacional, 4% não concluíram o ensino fundamental, 8% concluíram o fundamental, 33% têm ensino médio incompleto, 51% concluíram o ensino médio e 4% estavam buscando ensino superior antes da privação de liberdade.

As entrevistas foram gravadas em áudio e seguiram um roteiro semiestruturado, incentivando os participantes a se expressarem livremente. O material coletado e as transcrições das entrevistas foram analisados utilizando a análise de conteúdo de Laurence Bardin⁷. Durante a análise, foram identificadas categorias que englobavam as interpretações dos participantes e que deram origem aos temas discutidos neste artigo, a saber: atribuições, processo de trabalho, formação introdutória, aparatos técnicos, atendimentos de saúde e benefício pela atuação.

A pesquisa seguiu rigorosamente os princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012 e n.º 510/2016, que regulamentam estudos envolvendo seres humanos, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), sob o registro CAAE n.º 64231022.6.0000.5240. Para garantir a confidencialidade dos participantes, utilizamos nomes fictícios escolhidos por eles, mantendo um vínculo de pessoalidade com os dados apresentados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciamos ressaltando que não há literatura sobre os AgPS. Ao longo da análise dos resultados e discussão, abordamos as orientações iniciais fornecidas aos AgPS, sua formação oficial e a forma como eles avaliam esse conhecimento. Além disso, exploramos a importância da formação continuada e da busca individual pelo conhecimento para aprimorar suas habilidades.

Assim, demonstramos que os AgPS são responsáveis pela saúde das PPL e buscamos compreender as suas atribuições diante das doenças emergentes no sistema prisional a que prestam assistência, bem como as diferentes formas de atendimento. Também abordamos o processo de trabalho junto às PPL, incluindo as assistências diárias e o horário de trabalho e, por fim, reforçamos a importância da

manutenção dos AgPS dentro do contexto prisional.

Os relatos dos AgPS permitiram compreender a importância das orientações e do papel desempenhado por esses profissionais dentro das UP. É notável que a execução do projeto ocorre quando os servidores, principalmente os profissionais de saúde e direção, são facilitadores e fornecem as instruções necessárias para a organização e realização das tarefas designadas. A experiência mostrou a importância do conhecimento acumulado ao longo do tempo, seja intra ou extramuros, no entanto, é preciso reconhecer que as orientações iniciais foram insuficientes, considerando um conjunto abrangente de atividades que é de responsabilidade dos AgPS, conforme discutido neste artigo.

(...) quando eu cheguei me explicaram o que é ser promotor, que recebia remição, eu recebi a ficha e saía anotando os negócios quando a ficha ia chegando, e quando alguém precisasse, eu fazia uma carta e precisava mandar aqui pra frente [enfermaria] (...) (RICK).

(...) foi falado para nós no início do projeto: 'o projeto é para isso, para diminuir a transição [reduzir o fluxo de pessoas]', porque muitos vinham de lá para cá por causa de nada, algo que poderia resolver lá mesmo. Então é para vocês filtrarem (...) (DANIEL).

Os AgPS, junto com os demais profissionais de saúde, têm a responsabilidade de aprimorar a atenção básica prisional, estabelecendo uma conexão eficiente com os serviços de urgência e emergência, atenção especializada e atendimento hospitalar fora das instituições de restrições de liberdade, quando necessário⁸. Desse modo, identificou-se que as orientações iniciais foram baseadas no processo de trabalho e nas nuances de semelhança da profissão dos AgPS com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)⁹.

Percebeu-se, no campo empírico, que os AgPS mostraram dedicação e profissionalismo ao participarem de treinamentos e programas de capacitação antes de começarem a desempenhar suas funções:

No início, a gente fica meio assim porque não tinha nenhuma preparação, aí começou o projeto [de AgPS] e começou a ter os cursos

preparatórios, depois que vai fazendo uns cursos vai se aperfeiçoando (...) (FELIPE).

(...) tivemos palestra com enfermeiro, médico, assistente social, nutricionista e dentista, então de cada área nós buscamos um pouquinho de conhecimento. Não para praticar fora daqui, mas para o convívio que nós temos. Teve situação que nós passamos e temos um entendimento sobre a situação que acontece (MARCOS).

Os relatos dos entrevistados evidenciaram a transformação que ocorre quando se investe na construção de possibilidades do desenvolvimento do conhecimento, através de cursos preparatórios, palestras e busca por saberes em diferentes áreas. Os AgPS se tornam profissionais mais preparados para lidar com as diversas demandas apresentadas pelas PPL no contexto prisional. Portanto, faz-se necessário que as UPs continuem investindo na capacitação dos AgPS e reconhecendo a importância das trocas para a execução de suas funções. Outro ponto a ser destacado é que os AgPS devam ter participação ativa na seleção dos temas mais relevantes e colaborem na elaboração do curso, visando promover uma mudança efetiva nas práticas e garantir que os conteúdos sejam aplicáveis à realidade.

Nesse sentido, o estudo de Pinheiro e colaboradores¹⁰ revelou que a ausência de um curso introdutório tem sido um obstáculo para o desempenho das tarefas no âmbito da atenção à saúde. É estratégico, para todos os profissionais de saúde, disponibilizar uma formação inicial para capacitar e, em seguida, fortalecer e aprimorar seus conhecimentos por meio de Educação Permanente. Os resultados indicam que é impositivo proporcionar uma formação inicial aos AgPS, sobretudo no início de suas atividades laborais, visto que muitos não possuem experiência na área da saúde. É importante uma qualificação participativa e dinâmica, que combine conteúdos teóricos com experiências práticas.

Um dia desses a gente fez uma provinha aí para saber se pegou aquele conhecimento (CARLOS).

Direto ela [enfermeira] tira nós [da cela] e explica para nós [os conteúdos] sobre a

Covid, sobre a hanseníase, o negócio da insulina lá da diabete. Esses dias agora fez uma palestra para nós lá dentro, depois nós fizemos duas provas (GABRIEL).

A iniciativa faz parte de um processo de avaliação pós-palestra que mede o nível de compreensão e aprendizado dos participantes. Por meio da utilização de teste teórico, verifica-se se realmente houve assimilação do conteúdo. Além disso, a abordagem direta do facilitador sobre temas emergentes do sistema prisional ressalta a importância de um prévio contato com esses assuntos, para que os AgPS possam ter uma noção de suas ações quando ocorrerem na prática.

É necessário incorporar propostas educativas críticas, capazes de se referenciar à realidade das práticas e às transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde. Isso garantirá que os AgPS dominem conhecimentos e habilidades específicas necessárias para desempenhar suas funções, dada a sua grande importância para a atenção básica no contexto prisional. Ao ingressar nas atividades laborais, é possível buscar aprimoramento e estar sempre se moldando por meio da formação permanente, pois podem obter orientações complementares dos servidores atuantes. Essa prática é claramente evidenciada nos relatos:

(...) porque aconteceu de eu ter dúvida, eu chegar e procurar a [enfermeira]: 'Eu não entendi esse aqui', aí: 'É assim', explicava: 'Você faz isso, isso e isso'. Então, a orientação vinha a partir das minhas dúvidas (...) (GABRIEL BATISTA).

(...) essas coisas vamos aprendendo meio que na marra mesmo, uma coisa meio que imediata. A gente é meio que forçado a aprender essas coisas. Não que a gente aprenda para detectar as doenças das pessoas (...), mas a gente aprende mesmo para a experiência e adquirir conhecimento (LEO).

Podemos afirmar que a Educação Permanente durante o trabalho é imperativa para assegurar uma execução adequada das atividades pelo AgPS e sua equipe. Mesmo diante da escassez de tempo para palestras e/ou treinamentos formais, é indicado sempre buscar orientação complementar, pois

através das trocas de conhecimentos e experiências é possível adquirir as habilidades necessárias para desempenhar as funções. Uma solução promissora para esse desafio seria adotar metodologias ativas que estimulem a construção de conhecimentos¹¹, visto que o desenvolvimento de habilidades e atitudes proporciona aos AgPS uma maior autonomia e responsabilidade em seu próprio processo de aprendizagem.

A cada dia o processo de trabalho dos AgPS se molda e evolui, aprimorando as tarefas laborais e tornando-os mais experientes e resilientes diante dos obstáculos que surgem. Nesse contexto, têm a oportunidade de tomar decisões estratégicas para solucionar problemas, mesmo sem um documento técnico orientador que defina de forma inequívoca as atribuições inerentes ao cargo, conforme assinalam os relatos a seguir:

(...) manual mesmo não tem não (...) as coisas do dia a dia são no dia a dia mesmo que a gente vai se aperfeiçoando, vai convivendo com aquilo que está aprendendo (BRUNO).

O dia a dia, me explicaram só uma vez que me tiraram, fui aprendendo no dia a dia. Se tiver dúvida me recorro aqui [na enfermaria] (BRUNA).

Então, a gente é mais ou menos assim, não tem manual. É o dia a dia que nos ensina mesmo (EDUARDO).

O processo de trabalho é uma jornada constante de aprendizado, onde enfrentam desafios diários para adquirir experiência. No entanto, é preocupante observar que, muitas vezes, os AgPS não possuem um documento sobre suas atribuições para orientá-los. Com essa falta de direcionamento, a tomada de decisões e a resolução de problemas são dificultadas. Portanto, acredita-se que a experiência profissional deve ser complementada por um documento técnico, criando um ambiente de trabalho mais produtivo e alinhado.

As repetições da expressão "dia a dia" revelam o constante crescimento e desenvolvimento dos AgPS. O dia a dia é como um laboratório, um espaço onde eles têm a chance de serem resilientes e aplicarem o conhecimento teórico adquirido por meio de treinamentos, colocando em prática suas habilidades. Nesse contexto desafiador, enfrentam situações

reais, resolvem problemas e encontram soluções criativas. É nesse ambiente que eles confrontam suas limitações e têm a chance de superá-las. A cada nova experiência, aprendem novas lições, como lidar com diferentes tipos de pessoas, gerenciar o tempo e aprimorar suas habilidades técnicas. No dia a dia, eles também compreendem a importância do trabalho em equipe, da comunicação clara e da resiliência. Quando se deparam com dificuldades ou obstáculos, são desafiados a buscar alternativas e implementar mudanças.

Invariavelmente, toda a análise de processo de trabalho, independentemente da abordagem técnico-científica, observa a diferenciação entre o trabalho que é prescrito pela norma (ordem de serviço, etc.) e aquele que é efetivamente realizado pelo trabalhador. Essa combinação entre trabalho prescrito e trabalho real dá-se em função de que a norma geralmente é incapaz de prever todas as situações de trabalho envolvidas naquela atividade. Daí a importância da experiência acumulada do profissional, a troca de informações entre os trabalhadores e a autonomia para buscar a melhor solução para cada caso (o trabalho real) serem estimuladas e respeitadas.

Os AgPS em estudo sempre estão buscando aprimorar seus conhecimentos. Caso não recebam treinamento formal para iniciar as atividades, eles se dedicam a buscar informações por conta própria, utilizando as ferramentas disponíveis para atender às demandas e necessidades das PPL sob sua responsabilidade:

(...) eu sou bem curioso, para tudo que vai me ajudar no serviço, eu procuro buscar, eu tenho um livro de medicação, e tenho um livro sobre enfermidades, e eu gosto muito de estar lendo esses livros para eu estar me desenvolvendo e aprendendo (...) (ANDERSON).

Pelo fato de eu ser totalmente desqualificado [por não ter nenhuma relação anterior com a área da saúde] eu me importo muito. Como é que eu vou mexer com algo que eu não sei? Aí eu fui procurar estudar um pouco acerca disso, me especializei nesses aparelhinhos [de aferir pressão e glicemia] e comecei a pensar (...). Primeiramente, preciso saber de uma pressão, preciso saber quando uma pessoa está febril (...). E com esses aparelhinhos eu conseguia mandar para

o médico, para o profissional da saúde com o máximo de especificação, para diminuir o tempo de espera do paciente, e para ter um diagnóstico mais aproximado. Então, o que eu pudesse tornar isso mais profissional, isso será melhor para eles [PPL] (...) (JOÃO).

Mesmo sem receberem treinamento formal, movidos pela curiosidade e pelo desejo de aprender, eles constroem um conhecimento próprio, significativo, e geram um estoque de conhecimentos na prática. Todavia, os servidores da área da saúde e os servidores da gestão (direção e coordenação) são responsáveis pelos AgPS e seu processo de trabalho, no qual a equipe deposita um grau relevante de confiança. Quando eles desempenham suas funções adequadamente, recebem reconhecimento até mesmo dos policiais penais:

Somos de responsabilidade da equipe de saúde (...) esses dias para trás eu fui lá na direção pedir para sair, eu falei para o subdiretor e para o diretor: 'Eu queria sair desse negócio de promotor da saúde' (...) aí ele falou: 'Não, fica aí, você está fazendo um bom serviço' (LEANDRO).

(...) estou feliz pela maneira que eu estou exercendo, muitas pessoas acreditam no meu trabalho, vê meu desempenho, às vezes, até alguns agentes [policiais penais] reconhecem. Poucos, mas alguns reconhecem quando pede uma atenção: 'senhor, preciso de uma atenção na enfermaria'. Conversei com um agente [policia penal]: 'não, preso, a hora que você quiser você marca atendimento e você vem' (...) (DANIEL).

Torna-se perceptível no campo a tensão entre a saúde e a segurança, bem como outros atores que coexistem nessa seara. Nesse sentido, deve existir uma melhor relação entre as ações de saúde e trabalho para que seja possível uma melhor assistência às PPL e a toda comunidade prisional. Além do mais, foi possível constatar a presença de inúmeras doenças que são emergentes do sistema prisional e, ao mesmo tempo, compreender de que maneira os AgPS fornecem suporte assistencial e sua atuação junto às PPL sob sua responsabilidade:

A doença que a gente mais tem é o que os

presos chamam de 'zica', a coceira que dá pelo fato do lugar ser muito fechado e úmido. Sempre tem alguém que está, sai bolinha de ar no corpo e fica coçando direto (FELIPE).

É devido ao ambiente fechado e não tem ventilação. A ventilação que tem é durante a noite e o clima se torna quente (...). Às vezes, o clima está quente demais, aí um pega uma gripe, pega uma virose e assim vai contagiando onde torna a necessidade de encaminhar. Ao deitar no mesmo colchão ou no chão úmido já pega uma coceira (...) (ARTHUR).

(...) tenho de tudo um pouco, HIV, diabetes, virose, hanseníase, tuberculose. Inclusive, no momento, estamos passando por alguns sintomas de tosse bem grossa, volta da Covid? (...) (LEO).

(...) as maiores demandas de doença são febre, dor de cabeça, dor no corpo, a Covid, hipertensão e diabete, além das pessoas que têm que tomar remédio controlado. Lá tem uns dez que tomam remédio controlado do tipo psicotrópico que já tentaram se suicidar (...) (PEDRO).

Os relatos apresentados revelam a existência de doenças emergentes no sistema prisional e que são amplamente conhecidas, com destaque para a chamada "zica", termo utilizado pelas PPL para se referir a problemas de pele como escabiose e impetigo, que causam coceira persistente devido às condições fechadas e úmidas do ambiente. A falta de ventilação adequada contribui para o agravamento dessas condições, tornando um clima quente e propício ao surgimento de problemas de saúde, especialmente os de origem fúngica e os transmitidos pelo ar.

Vários são os fatores que podem afetar a saúde das PPL em cumprimento de pena: superlotação, falta de condições básicas como iluminação e ventilação precárias, problemas na coleta de lixo, higiene pessoal e alimentação inadequada, sedentarismo, dificuldade de acesso à água potável, uso de drogas, serviços de saúde ineficientes, falta de triagem e de diagnóstico precoce de doenças. Esses são apenas alguns dos problemas enfrentados e os AgPS devem estar atentos para atuar e mitigar os agravos

e doenças relacionadas. Também é necessário considerar os determinantes sociais da saúde e entender como eles afetam as condições de saúde e seu impacto no processo saúde-doença de grupos em vulnerabilidade¹².

Esse contexto traz à tona uma discussão negligenciada sobre o difícil acesso à saúde tanto dentro como fora das UP, o que evidencia que o processo de exclusão persiste ao longo de toda a trajetória das PPL. É imprescindível que as unidades prisionais garantam não apenas o acesso inicial, mas também a continuidade dos serviços de saúde, como exames, consultas, tratamentos e acompanhamento abrangente de doenças crônicas degenerativas, uma vez que as PPL estão expostas a fatores impostos pelo ambiente prisional.

Dentro das unidades visitadas, os atendimentos prestados para as PPL são conduzidos pelos AgPS, que utilizam uma ferramenta chamada Ordem de Serviço (OS) para garantir uma organização do fluxo semanal e/ou mensal de atendimentos. Essa ficha é enviada pelos AgPS aos servidores da equipe de saúde, que realizam uma triagem dos casos e fazem os encaminhamentos necessários para os atendimentos da equipe multiprofissional, quando disponíveis.

Vai uma ficha para cada cela com os nomes de cada promotor de saúde, nessas fichas tem todos os atendimentos, até mesmo o chefe de disciplina e direção, dentista, assistente social, psicóloga, enfermaria, farmácia, tem tudo, nutricionista também. E a gente faz uma triagem, como a gente vive dentro da cela, a gente sabe quem está querendo realmente um atendimento e quem quer só andar (...) (ANDERSON).

Recebemos a ficha chamada OS, essa ficha a gente sempre preenche ela com os irmãos que necessitam de cada atendimento, aí a gente coloca o nome, o que precisa, qual é o tipo de problema, aí aqui na área de saúde eles selecionam o que tem mais necessidade, e a gente tem a liberdade de, se necessário, marcar um asterisco em quem precisa de atenção (...) (EDUARDO).

As fichas individuais para cada espaço de vivência das PPL devem conter informações detalhadas sobre as necessidades de saúde. Ao realizar uma avaliação criteriosa dos pedidos, os AgPS fazem uma

seleção para que seja encaminhado para o cuidado e assistência, na tentativa de que as necessidades físicas e mentais sejam atendidas. A elaboração das fichas precisa retratar a real situação de saúde das PPL, permitindo que os AgPS utilizem estratégias para transmitir as informações aos profissionais que realizarão os atendimentos.

Oliveira e colaboradores¹³ sugerem que essa limitação aos serviços de saúde pode ser resultado das desigualdades sociais, uma vez que a maioria dessa população pertence a grupos marginalizados que, historicamente, enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde ao longo da vida. Batista, Araújo e Nascimento¹⁴ relatam que os profissionais de saúde afirmam que os cuidados prestados são apenas pontuais e focados no tratamento curativo, não contribuindo de forma integral para o processo de saúde-doença desse grupo populacional¹⁵. É importante ressaltar que todos os cidadãos, independentemente de sua condição de liberdade, devem ter acesso à saúde.

Além das convencionais fichas de Ordem de Serviço para os atendimentos, descritas acima, também são utilizados métodos de comunicação entre as equipes, como cartas ou bilhetes. No entanto, os AgPS não possuem recursos disponíveis para esse tipo de trabalho, com isso, precisam arcar com os custos dos mesmos, uma vez que apenas as fichas padronizadas são fornecidas pela equipe de saúde.

(...) quando tem alguma coisa para alguém, eu mando um bereu [bilhete] lá para a frente [enfermaria], escrevo uma carta para saúde e manda um salve para a policial penal, que eles escutam, aí eu mando aqui e eles chamam (RICK).

(...) há uma escrita na mão, uma solicitação: 'eu, promotor de saúde da cela tal, do raio tal, solicito atendimento para o paciente fulano de tal. O mesmo se encontra com dores abdominais e fortes dores a qual não há como suprir a necessidade do paciente com medicação para dores e sem uma avaliação médica. Encaminho e desde já agradeço pela atenção' (...) (ARTHUR).

Vem na compra do nosso dinheiro e o que a nossa família manda, folha sulfite é dez e 50, mas supondo ali, nós mandamos 40 bereus [bilhetes], então todo mês você tem

que comprar um maço por sua conta. Você não ganha nada, mas você também gasta com isso aí, você está pagando para ir embora se for ver certinho (...) (PEDRO).

No desempenho de suas funções assistenciais diárias, apesar dos recursos limitados e da carga de trabalho intensa, os AgPS possuem diversas responsabilidades no seu trabalho com a população atendida. Além das questões relacionadas à saúde, desempenham ações que asseguram um cuidado de qualidade e abrangente, através das relações estabelecidas no território em que vivem e atuam:

Todo dia de manhã cedo saio para fora, pego os pães, conto os pães, aí distribuo nas celas, pego o café, distribuo o café, aí tem que pegar o balde de água e sair distribuindo de cela em cela com as garrafas para encher, porque outros ficam fechados só pela boqueta [janela na porta da grade] (...) paga [entrega] a comida, paga o almoço, paga a janta e estar ali toda hora para tirar preso, para guardar preso. (...) A medicação vem dentro da bandejinha com o nome. Aí vem a ficha, aí tem que entregar o remédio e preencher lá para provar que veio o remédio. Acompanho se tomou a medicação, tem uns que fingem, mas eu peço para ver. Geralmente eu peço para ver se tomou ou não, porque tem uns velhinhos teimosos ali, eles falam que tomou e não tomam, aí eu peço para olhar, bota na língua, bota no canto da boca (GABRIEL).

(...) lá de manhã tem que fazer a lista, aí meio dia tem que pagar a alimentação, pegar água porque não tem água gelada na cela. Pronto. Só os casos que têm mais urgência que já chama e já tira direto, não precisa pôr na lista (...) (ADRIANO).

Logo, a atuação assistencial diária dos AgPS vai muito além do cuidado com a saúde das PPL. Eles também são responsáveis por distribuir alimentos e água nas celas, mostrando a amplitude e complexidade do seu trabalho. Essas tarefas exigem não apenas habilidades técnicas, mas também experiência na organização e contagem dos alimentos, na entrega do café e da água. Destarte, esses profissionais possuem comprometimento ao oferecer assistência e

cuidados básicos e com habilidades para além do que está subentendido nas suas atribuições, visto que não existe um manual de rotinas diárias.

Os AgPS têm entre as suas atribuições a missão de cuidar das pessoas que enfrentam doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, garantindo diariamente o cuidado da saúde. Esses relatos ilustram a magnitude desse compromisso:

A única coisa que eu tenho como compromisso diário é o trabalho dos que são diabéticos e hipertensos (...) de manhã, saio da cela, vou na cela dos irmãos que são diabéticos medir a glicemia, aplicar insulina, ver a pressão, e essa atenção é diariamente, de segunda a segunda, não posso falhar (EDUARDO).

(...) inclusive, quem distribui remédio pela manhã sou eu, levo a planilha, até agora estava distribuindo. As pessoas que são hipertensas, outros que são diabéticos, já levam caneta [medicação de insulina]. Se não tiver ninguém como aplicar [a insulina] a gente já aprendeu a aplicar (CARLOS).

A dedicação dos AgPS com as pessoas que sofrem de doenças crônicas não transmissíveis é um reflexo do seu comprometimento em fornecer cuidados e procedimentos diários para o controle dessas condições, precisando possuir destrezas para realizar procedimentos invasivos, evitando complicações graves e até mesmo o óbito.

A saúde dos indivíduos que estão privados de liberdade em UP muitas vezes é negligenciada, com os cuidados se limitando a ações básicas de controle de doenças como hipertensão, diabetes, infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, além de atendimentos relacionados à saúde mental, saúde bucal, imunização e cuidados gerais. É urgente que haja um maior investimento e atenção nessa área, a fim de garantir uma assistência de qualidade e abrangente para as PPL. Nos relatos, é evidente que os AgPS também desempenham o papel do Tratamento Diretamente Observado (TDO)¹⁶, garantindo o uso adequado de medicamentos controlados:

As medicações controladas estão com o nome das mulheres, tudinho, entrego direto para elas, mas também só quando acaba, que elas tomaram tudo certinho, elas têm que

voltar com a cartela vazia, para ver que elas tomaram tudo, aí dá uma nova para elas. As medicações ficam na guarda delas [PPL], aí eles [profissionais de saúde] só entregam para mim e eu entrego para elas [PPL] (YASMIM).

(...) e o medicamento de todos, os controlados, e os sem uso contínuo, ficam tudo na minha mão, todos. Eu sei os horários todos de dar, aí eu mesmo vou lá e trago, bebe aqui na minha frente porque tem sempre aqueles engraçadinhos que não quer tomar e às vezes quer dividir com o companheiro para deixar ele meio alucinado. Vai ficar comigo, a necessidade é sua, mas o cuidado é meu, eu quero ver você bem! (...) (DANIEL).

A implementação do TDO se mostrou uma estratégia eficiente e promissora para o controle e acompanhamento do uso de medicamentos controlados e tratamentos de doenças emergentes intramuros das UP. Os AgPS, com sua experiência, asseguram que os medicamentos sejam tomados nos horários corretos e de acordo com as prescrições médicas, protegendo os pacientes de possíveis abusos ou compartilhamentos indevidos. Os relatos destacam a importância da supervisão e controle na administração das medicações, evidenciando a responsabilidade compartilhada entre equipes de saúde, incluindo os AgPS e pacientes (PPL). No entanto, é importante ressaltar que essa prática deve ser exclusivamente realizada por profissionais de saúde. Assim, é vital o papel do AgPS, sendo o responsável pela administração e controle dos medicamentos, bem como garantir a eficácia do tratamento.

Os AgPS têm se destacado, sendo reconhecidos por seus pares como referência no assunto de cuidados das PPL no contexto de privação de liberdade. No entanto, em certos casos, apenas uma tecnologia leve em saúde, como um simples diálogo, é suficiente para suprir as necessidades. É categórico ressaltar que o estoque de conhecimento adquirido tanto dentro quanto fora dos muros e as lições apreendidas durante o convívio são importantes para o diálogo efetivo.

(...) às vezes, você tem que ser psicólogo do próprio preso, tem que chamar ele, levar nas ideias, conversar, instruir, abrir a visão dele (...) (PEDRO).

(...) eu via a menina trabalhando, já fui pegando o jeito dela também, já fui, e agora estou acostumada. Eu sou uma pessoa que se eu fizer um trem aqui agora, hoje, me ensinar hoje, amanhã no outro dia já estou fazendo, porque eu aprendi rápido, se eu fosse usar a cabeça para as coisas boas (RADASSA).

Em certas situações, os AgPS desempenham papel similar ao de psicólogo, envolvendo-se em diálogos, fornecendo orientações e ampliando a perspectiva das PPL. As experiências adquiridas ao lidar com situações semelhantes anteriormente e durante o período de cumprimento da pena podem contribuir nessa função, tornando os profissionais mais sensíveis e solidários quando solicitados. Ao promover um diálogo aberto e constante, os AgPS poderão gerar transformações e adaptá-las às necessidades de cada situação.

Embora os AgPS sejam beneficiados com a remição da pena, como forma de pagamento, e o projeto estipule que devem exercer suas funções durante o expediente regular, na prática essa norma não é cumprida, uma vez que eles permanecem em estado de alerta constante, 24 horas por dia, 7 dias por semana, como relatado por alguns:

(...) então você tem que estar 24 por 48 na ativa, e muitas vezes nós trabalhamos de domingo a domingo, porque você não para (PEDRO).

Eu não era para trabalhar nem trabalho no sábado e nem no domingo, nem vem enfermeira, ela vem na sexta-feira, deixa os remédios que são de sábado e domingo, final de semana, e pronto deixa comigo, tenho que trabalhar (...) (NATHALY).

(...) chegava na sexta feira, eles me davam o remédio de sábado e de domingo, esse ficava na minha responsabilidade, tipo, eu saía de manhã: 'Fulano, seu remédio, ciclano, seu remédio', à tarde eu fazia a mesma coisa no final de semana. E, no decorrer da semana, eles tomavam na enfermaria (GABRIEL BATISTA).

Observamos que, embora haja uma proposta de que os AgPS desempenhem suas funções durante o horário regular, e recebam remição da pena, a realidade

prática revela que eles estão constantemente de prontidão para intervir a qualquer momento. O campo empírico e os próprios AgPS nos relatos confirmaram que o trabalho é ininterrupto, com jornadas que vão além do horário convencional. Essa disponibilidade permanente é fundamental para garantir que as PPL sejam atendidas durante todo o tempo. No entanto, o tempo dedicado pelos AgPS a essa tarefa não está sendo considerado no cálculo da remição da pena.

Analisou-se, portanto, que é necessário destacar os direitos decorrentes das atribuições dos ACS e dos AgPS para evidenciar as diferenças entre eles. No Quadro 1 é possível identificar algumas disparidades a serem consideradas, apesar de ambos desempenharem funções semelhantes.

Quadro 1 – Comparação dos direitos decorrentes das atividades laborais entre os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes Promotores de Saúde.

Item	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Agente Promotor de Saúde (AgPS)
Registro formal de trabalho	Previsto	Não previsto
Direitos Trabalhistas	Previsto	Não previsto
Previdência Social	Previsto	Não previsto
Férias Remuneradas	Previsto	Não previsto
Licença-maternidade	Previsto	Não previsto
Jornada diária de 8 horas	Previsto	Presumido
Intervalo interjornada	Prevista	Não previsto
Descanso semanal	Previsto	Presumido
13º salário	Previsto	Não previsto
Insalubridade	Previsto	Não previsto
Adicional noturno	Previsto	Não previsto
Pagamento	Salário fixo + adicional	Remição de pena
Piso salarial	Previsto	Não previsto
Sindicato de classe	Previsto	Não previsto

Fonte: Padilha⁶.

Guardadas as ressalvas legais entre as duas categorias, é inegável que os AgPS estão em desvantagem em relação aos ACS. Apesar de desempenharem as mesmas atividades, os AgPS não possuem direitos equivalentes, exceto pela possibilidade de remição, que nem sempre é cumprida adequadamente. Nenhum outro direito supre as necessidades dos AgPS. Portanto, é válida a criação de leis específicas para essa categoria profissional, a fim de definir suas atribuições e garantir seus direitos.

No entanto, há algumas exceções que merecem ser destacadas, especialmente em relação aos direitos e sua aplicação. Enquanto no caso dos ACS esses direitos são respeitados e cumpridos, no caso dos AgPS eles são presumidos, mas nem sempre são de fato cumpridos. Isso nos leva a refletir sobre a importância de uma avaliação pela UP para evitar que essas atividades laborais se tornem trabalhos análogos à escravidão, nos quais há apenas deveres e nenhum direito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa no sistema prisional é um desafio constante para os pesquisadores, pois envolve lidar com relações de poder complexas e negociadas diariamente. Os espaços marcados pelo silêncio e pela omissão de informações criam um ambiente depressivo, agonizante e constrangedor. Assim, é necessário realizar pesquisas nesses ambientes para compreender um universo paradoxal e multifacetado. Entrar e se movimentar no campo de pesquisa prisional requer conquistar espaço e constantemente provar que o objetivo é apresentar uma realidade que suplica por transformações, e não apenas descortinar suas fragilidades.

Apesar da existência de marcos legais que visam garantir condições mínimas e respeito aos direitos das PPL, o sistema prisional parece ser impermeável aos direitos humanos. Nesse contexto, destaca-se a importância dos serviços de saúde e dos servidores que atuam nesse setor no combate a todas as formas de violência perpetradas contra as PPL. Eles representam um dispositivo disponível dentro das instituições prisionais, capaz de intervir com práticas de cuidado inclusivas e humanizadas.

Assim, este estudo inédito buscou comprovar que o sistema prisional, por meio da equipe de saúde, tem o potencial de disseminar conhecimento e incentivar o autocuidado. Os AgPS, como protagonistas das

políticas públicas, são os principais responsáveis por essa função e é essencial que sua atuação seja mantida e ampliada em todas as instituições prisionais do Brasil. Chama-nos a atenção que o acesso à saúde nas UP é uma questão delicada e fragilizada e o trabalho dos AgPS envolve diversas etapas, exigindo resiliência para cumprir suas atribuições no sistema prisional calamitoso.

A atuação dos AgPS é um indicador importante de ressocialização, mas é indispensável agir com empatia e garantir a assistência adequada. Sua presença é recomendada para garantir atenção e cuidados de saúde adequados às PPL. Registros do campo empírico demonstram que, antes da implementação dos AgPS, as PPL sofriam com a falta de atendimento e até mesmo eram submetidas a tratamentos de forma incorreta.

Conclui-se, portanto, que os AgPS conseguem identificar quem realmente precisa de cuidados e acompanham diariamente as necessidades de saúde e cuidados. Sua presença e experiência melhoram a situação e garantem que as PPL recebam o auxílio. Portanto, enfatizamos a importância de manter os AgPS para uma melhor assistência em saúde e estimular a produção de futuras pesquisas acerca da temática.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Weslen Santana Padilha contribuiu para a concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e a sua revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, bem como para a aprovação da versão a ser publicada. **Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos** contribuiu na redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e para a aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União; 2, 2014.
2. Soares Filho MM, Bueno PMMG, Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. Ciênc Saúde Colet. 2016;21(7):1999-2010.
3. Piovesan F. Direitos humanos e o direito

constitucional internacional. 14. ed. São Paulo: Saraiva; 2013.

4. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Diário Oficial União; 64, 2002.

5. Grison JM, Souza JSM, Matte J, Ramos JFF. Medidas preventivas e comportamento de risco em mulheres privadas de liberdade em um estabelecimento prisional brasileiro. Ciênc & Cogn. 2021;26(2):324-39.

6. Padilha WS. Entre grades e cuidados: os agentes promotores de saúde no sistema prisional e o desafio da Covid-19 [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2023.

7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

8. Bartos MSH. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema prisional: uma reflexão sob a ótica da intersetorialidade. Ciênc Saúde Colet. 2023;28(4):1131-38.

9. Brasil. 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). Diário Oficial da União; 2017.

10. Pinheiro LS, Medeiros LCS, Valença CN, Dantas DKF, Santos MAP. Melhorias para a qualidade de vida e trabalho na visão dos agentes comunitários de saúde. Rev Bras Med Trab. 2019;17(2):180-87.

11. Carvalho SG, Santos ABS, Santos IM. A Pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. Ciênc Saúde Colet. 2020;25(9):3493-502.

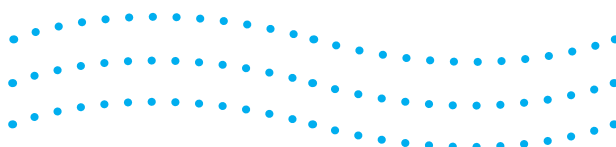
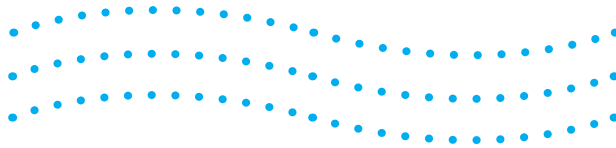
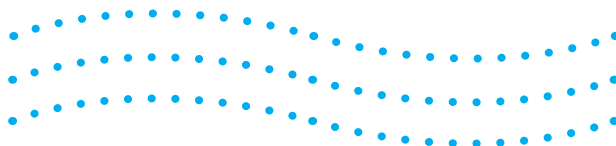
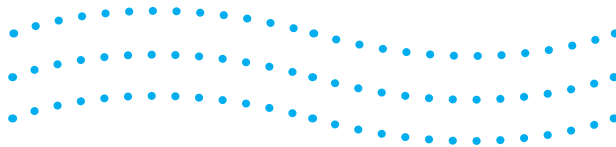
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

13. Oliveira KRV, Santos AAP, Vieira MJO, Pimentel E, Comassetto I, Silva JMO. Percepção de mulheres encarceradas sobre o acesso à saúde como ferramenta de ressocialização. Rev enferm UERJ. 2020;28:1-6.

14. Batista MA, Araújo JL, Nascimento EGC. Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário. Arq Cienc Saúde UNIPAR. 2019;23(1):71-80.

15. Henrique Júnior JWA, Tavares PAO, Araújo JL, Nascimento EGC, Pessoa Júnio RJM, Alchieri JC. O cuidado na atenção primária à saúde da população carcerária masculina no município de Caraúbas/RN. Rev Baiana de Saud Públ. 2013;37(2):394-406.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.



CONSTRUINDO CAMINHOS PARA SEGURANÇA: ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

BUILDING PATHS TO SAFETY: ACTION BY THE CENTER FOR COMBATING VIOLENCE AGAINST WOMEN

CONSTRUYENDO CAMINOS HACIA LA SEGURIDAD: ACCIÓN DEL CENTRO DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Malena Araújo Alves de Lima ¹
Vitória Antão de Carvalho Rosa ²
Jayane Maria Ferreira Carvalho ³

Como Citar:

Lima MAA, Rosa VAC, Carvalho JMF. *Construindo caminhos para segurança: atuação do núcleo de enfrentamento à violência contra a mulher.* Sanare. 2025;24(2).

Descritores:

Violência de gênero; Ambiente acadêmico; Núcleo de Enfrentamento à violência contra a mulher; Universidade Estadual do Piauí.

Descriptors:

Gender-based violence; Academic environment; Center for Combating Violence Against Women; State University of Piauí.

Descriptores:

Violencia de género; Ambiente académico; Centro de Enfrentamiento a la Violencia contra la Mujer; Universidad Estatal de Piauí.

Submetido:

11/04/2025

Aprovado:

13/10/2025

Autor(a) para Correspondência:

Malena Araújo Alves de Lima
Univ. Estadual do Piauí (UESPI)
End: Rua João Cabral, nº 2231, Bairro Pirajá, Teresina-PI
E-mail: malenassp.dds@gmail.com

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo apresentar a atuação do Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a Mulher da Universidade Estadual do Piauí (NEVIM), destacando as ações desenvolvidas no enfrentamento, acolhimento e prevenção da violência de gênero no ambiente acadêmico. Caracteriza-se como descritivo, com abordagem qualitativa e do tipo relato de experiência, embasado pela análise documental, observação participante e levantamento de dados institucionais. As estratégias metodológicas utilizadas foram possíveis através da avaliação dos documentos institucionais produzidos pelo núcleo, como o "Protocolo do Núcleo de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher" e a cartilha "UESPI Livre de Assédio", bem como a prática vivenciada pela equipe psicossocial nos atendimentos e ações educativas realizadas. Observou-se, como resultado, que, apesar dos desafios institucionais e estruturais, é possível construir caminhos de acolhimento e proteção para mulheres universitárias. Ao longo do primeiro ano de atuação, as ações do núcleo alcançaram um número significativo de pessoas, promovendo diálogos que fortaleceram a conscientização sobre a violência de gênero, além de evidenciarem a necessidade do trabalho contínuo para enfrentar a cultura de silenciamento que ainda persiste dentro das universidades.

1. Mestra em Psicologia, Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: malenassp.dds@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0436-5096>

2. Bacharel e Licenciada em Psicologia, Universidade Estadual do Piauí (UESPI). E-mail: psicologa.antaorosa@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2196-6779>

3. Bacharel em Serviço Social, Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: jayanemariaferreira@outlook.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4953-5340>

ABSTRACT

This study aims to present the work of the Center for Combating Violence against Women of the State University of Piauí (NEVIM), highlighting the actions developed to address, welcome and prevent gender-based violence in the academic environment. This is a descriptive study, with a qualitative approach and using an experience report methodology, based on documentary analysis, participant observation and assessment of institutional data. The methodological strategies used were possible through the assessment of the institutional documents produced by the center, such as the "Protocol of the Center for Combating Violence Against Women" and the booklet "UESPI Free from Harassment" booklet, as well as the practice experienced by the psychosocial team's practical work in services and educational actions carried out. The results showed that despite the institutional and structural challenges, it is possible to establish pathways for welcoming and protecting female university students. During the first year of operation, the center's actions reached a significant number of people, promoting dialogues that raised awareness of gender-based violence, as well as highlighting the need for continuous efforts to challenge the culture of silence that still persists within universities.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo presentar la actuación del Centro de Enfrentamiento a la Violencia contra la Mujer de la Universidad Estatal de Piauí (NEVIM), destacando las acciones desarrolladas para el enfrentamiento, acogida y prevención de la violencia de género en el ámbito académico. Se caracteriza por ser descriptivo, con un enfoque cualitativo y del tipo relato de experiencia, basado en el análisis documental, la observación participante y la recolección de datos institucionales. Las estrategias metodológicas utilizadas fueron posibles a través de la evaluación de los documentos institucionales elaborados por el centro, como el "Protocolo del Centro de Enfrentamiento a la Violencia Contra las Mujeres" y el folleto "UESPI Libres de Acoso", así como de la práctica vivida por el equipo psicosocial en las acciones asistenciales y educativas realizadas. Como resultado, se observó que, a pesar de los desafíos institucionales y estructurales, es posible construir caminos de acogida y protección para las mujeres universitarias. A lo largo del primer año de funcionamiento, las acciones del centro alcanzaron a un número significativo de personas, promoviendo diálogos que fortalecieron la conciencia sobre la violencia de género, además de evidenciar la necesidad de un trabajo continuo para enfrentar la cultura del silenciamiento que aún persiste dentro de las universidades.

.....

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno multifacetado e persistente, que atinge diversas mulheres ao redor do mundo sem distinção de classe, raça e gênero. Tal manifestação abrange diversas formas de violência, entre elas: agressão física, psicológica, sexual, moral e patrimonial, estando enraizada nas desigualdades de gênero presentes em nossa sociedade. Segundo Campo¹, a violência contra a mulher resulta de uma estrutura patriarcal que subordina as pessoas do sexo feminino, perpetuando sua vulnerabilidade e expondo-as à várias formas de opressão. A cada ano, milhares de mulheres são vítimas de violência, evidenciando a urgência de estratégias eficazes de enfrentamento e proteção.

A universidade não é descolada da sociedade na qual estamos inseridos, por isso nela também há reprodução de comportamentos violentos contra mulheres em seu contexto. Além disso, existem estruturas hierárquicas, dinâmicas permissivas e sexistas que criam um âmbito de hostilidade e

culpabilização das vítimas, bem como a naturalização da violência tanto nos relacionamentos afetivos, quanto em relacionamentos profissionais e hierárquico de poder como é o caso de professores e chefes. Por séculos, as universidades foram espaços exclusivamente masculinos, e vários foram os esforços da ciência moderna em oferecer disciplinas para justificar a exclusão das mulheres desses espaços de poder, à construção de saberes e inovações tecnológicas.² Porém, opondo-se a esta situação e em busca do prometido princípio de igualdade e equidade, desde 1970, com os movimentos sociais e feministas, as mulheres vêm se empenhando em adentrar no ensino superior e dos centros de pesquisa em várias partes do mundo.

Apesar de ser um problema social em remanescente no âmbito universitário, ainda é um tema pouco pesquisado e debatido. Um dos escassos estudos realizados no Brasil, conduzido pelo Instituto Avon e Data Popular em 2015, revela que, em uma amostra de 1.823 estudantes universitários, 73% dos homens e das mulheres relataram que conheciam casos de

assédio sexual nas universidades; e 56% das mulheres relataram ter sofrido assédio sexual, bem como 26% dos homens reconheceram que cometeram algum tipo de assédio e violência contra as mulheres. Outro dado diz respeito à desqualificação intelectual ou piadas ofensivas por ser mulher, em que 62% reconheceram casos, 49% sofreram e 19% cometeram.³

Na Universidade Estadual do Piauí – UESPI, a partir de uma pesquisa realizada pelo Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a Mulher – NEVIM traz resultados quanto ao reconhecimento das violências e/ou situações vividas, em que 29% dos participantes relataram que já vivenciaram ou presenciaram entre uma ou mais vezes situações de assédio, violência física, psicológica, patrimonial, moral ou sexual praticadas contra mulheres no contexto da UESPI, e 3% indicaram essa prática como recorrente.

Por outro lado, 7% dos participantes informaram não saber responder ao questionamento e 61% informaram que nunca vivenciaram ou presenciaram situações de violência contra mulheres. Este último dado deve ser analisado juntamente com a informação obtida no resultado de uma segunda pergunta da pesquisa, na qual, ao serem questionados sobre o tipo de violência que percebem ocorrer com maior frequência no contexto universitário, 37,2% dos alunos informaram que não sabiam responder. Além disso, os participantes apontaram violência sexual e assédio, seguido por violência psicológica e moral como os tipos de violência contra mulheres mais comuns no contexto universitário. Esses dados demonstram que ainda há dificuldade no reconhecimento das violências de gênero nesse contexto.

Mesmo sendo uma ocorrência muito frequente no âmbito acadêmico, como indicam as pesquisas citadas, essas violências permanecem, na maioria das vezes, marcadas pelo silenciamento, e as razões apontadas para isso são variadas e vão desde aspectos sociais e institucionais a aquelas mais pessoais. Dessa forma, a atuação de núcleos especializados de enfrentamento à violência, como os serviços de acolhimento, orientação e suporte, tem sido essencial a fim garantir que essas mulheres recebam o atendimento adequado e a proteção necessária para romper com o ciclo de violência.

Sendo assim, este relato de experiência tem como objetivo apresentar a atuação do Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a Mulher da Universidade Estadual do Piauí (NEVIM), destacando

as ações desenvolvidas no enfrentamento, acolhimento e prevenção da violência de gênero no ambiente acadêmico. O estudo busca descrever o funcionamento do NEVIM, evidenciando seus eixos de atuação e os serviços prestados às mulheres em situação de violência no contexto universitário; analisar os desafios e avanços na implementação do núcleo, considerando a articulação com políticas públicas e órgãos institucionais; e destacar a importância da produção de dados e incentivos à denúncia para a redução da subnotificação e do silenciamento das vítimas no espaço universitário.

O relato de experiência também procura evidenciar a necessidade de um trabalho contínuo de conscientização, pois a experiência vivida pelos profissionais do Núcleo reflete não apenas a necessidade de intervenções eficazes, mas também como elas vem fazendo a diferença na Universidade Estadual do Piauí, para que com o apoio correto as mulheres encontrem caminhos para quebrar ciclos de violência.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como descritivo, com abordagem qualitativa e do tipo relato de experiência. Conforme Ludke e Andre⁴, a abordagem de foco qualitativo, de uma forma geral, é feita em um ambiente natural, em que o pesquisador se configura como o principal instrumento e os dados coletados são preferencialmente descritivos com um significado mais subjetivo para as análises realizadas. No que se refere ao relato de experiência, Grollmus e Tarrés⁵ afirmam ser uma forma de narrativa que acontece por meio da escrita com o intuito de expressar um acontecimento ou experiência vivida, de forma subjetiva e detalhada.

O relato foi embasado na atuação prática do NEVIM ao longo de seu primeiro ano de funcionamento (2023-2024). Com base na análise documental, na observação participante e no levantamento de dados institucionais, as estratégias metodológicas foram desenvolvidas por meio da avaliação dos documentos institucionais produzidos pelo núcleo, como o “Protocolo do Núcleo de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher” e a cartilha “UESPI Livre de Assédio”.

As ações educativas realizadas em diferentes *campis* da universidade, registrando a receptividade e o engajamento da comunidade acadêmica, permitiram a utilização do método da observação

participante, que garante ao pesquisador maior interação. Ademais, por meio do levantamento de dados institucionais aplicado pelo NEVIM, por meio do formulário diagnóstico, foi possível realizar uma análise das informações coletadas sobre a percepção de segurança dos discentes em geral e dos atendimentos psicossociais prestados às mulheres vítimas de violência.

A sistematização desses dados permitiu compreender os avanços e desafios da atuação do NEVIM, bem como propor reflexões sobre o fortalecimento de políticas públicas e práticas institucionais voltadas a segurança e equidade de gênero no ambiente acadêmico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Somado ao tardio ingresso das mulheres ao contexto acadêmico, seja como docentes, discentes ou outros cargos de chefia ou liderança, atualmente, as mulheres ainda enfrentam obstáculos para efetivação do direito à equidade e ao acesso à educação devido à violência de gênero, a qual permanece presente no contexto universitário ao redor do mundo, não obstante a subnotificação e o reduzido número de denúncias nesse contexto⁶. Ressalta-se que o ambiente acadêmico não está desvinculado dos fatores históricos, econômicos e sociais do cenário em que está inserido, ou seja, é um cenário propício para a reprodução de uma cultura de violência, silenciamento e poder sobre o gênero feminino.

Nesse sentido, Bellini e Mello⁷ demonstram a importância da produção de dados e incentivo a denúncias para a desestigmatização dessa problemática. As autoras também afirmam que são necessárias ações paliativas e preventivas, como medidas de segurança, normativas, punitivas, além de acolhimento às demandas emocionais geradas por essa violência, a fim de coibir tais práticas dentro das universidades.

Diante das estatísticas crescentes de feminicídio e violência contra a mulher no Estado, em 28 de janeiro de 2023, o Piauí foi abalado por uma tragédia: o brutal assassinato da estudante de Jornalismo Janaína Bezerra, ocorrido no *campus* da Universidade Federal do Piauí (UFPI), onde ela estudava. Conforme a Polícia Civil, a causa da morte de Janaína foi “asfixia ocasionada pela luxação da região cervical, com compressão da medula”.

Janaína foi estuprada e morta por Thiago

Mayson da Silva Barbosa, estudante do mestrado em Matemática da UFPI. O caso teve vários atrasos no julgamento e o réu foi condenado pelos crimes de homicídio qualificado, por emprego de meio cruel, estupro de vulnerável, vilipêndio de cadáver e fraude processual, exceto a qualificadora de feminicídio à época.⁸ O caso aponta a insegurança vivenciada por mulheres até mesmo em ambientes considerados supostamente seguros. É válido ressaltar que essa problemática ameaça o direito à equidade e acesso à educação para as mulheres.

No final do mesmo ano da ocorrência do crime, a Universidade Estadual do Piauí – UESPI –, sensível à pauta, firmou Termo de Cooperação Técnica com a Secretaria de Segurança Pública do Estado do Piauí – SSP-PI para a instalação de um Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a Mulher – NEVIM. Essa parceria simboliza o caráter preventivo das ações de segurança. Além disso, a escolha do contexto universitário como locação para essas ações foi motivada devido às ocorrências de assédio e feminicídio em outras universidades, bem como a presença dessa instituição em diversos municípios do Estado, que garante um amplo acesso a essa política pública.

Diante disso, o Núcleo tem como principal objetivo a garantia da saúde mental, acolhimento e segurança das mulheres dentro da comunidade acadêmica e foi fomentado a partir de eixos de atuação: a) enfrentamento, b) prevenção e c) treinamento e articulação.

O eixo de enfrentamento refere-se à oferta de atendimentos psicossociais e acompanhamento para todas as mulheres – cis e trans – que compõem o contexto universitário e que tenham sofrido ou estejam sofrendo algum tipo de violência de gênero dentro ou fora do espaço universitário.

Em 2024, 10 mulheres procuraram demanda espontânea ou foram encaminhadas pela Ouvidoria e Serviço de Psicologia para atendimento no NEVIM. Nesse eixo é estabelecido que, após o enfrentamento da demanda inicial, redução do risco e encaminhamento para a rede de enfrentamento municipal ou estadual, essa mulher deveria continuar sendo acompanhada de forma online até que manifestasse o interesse em finalizar o vínculo com o serviço. Além dos atendimentos à vítima, a partir da análise de cada caso também é oferecida orientação jurídica ou são realizados atendimentos familiares e reuniões pedagógicas com outros integrantes da Universidade.

O eixo de prevenção é fomentado a partir da realização de ações educativas em todos os municípios do Estado em que há *campus* da UESPI. No primeiro ano de funcionamento do Núcleo, foram realizadas ações em Picos, Campo Maior e nas duas sedes em Teresina, Clóvis Moura e Torquato Neto, o qual possui a maior parte de alunos e centros. Durante a realização dessas atividades, foi percebido a boa receptividade dos alunos, diretores e professores com as ações, os quais evidenciaram a importância de falar sobre o assunto e carência desses diálogos na universidade.

Para a realização das ações educativas, foram usadas metodologias ativas, materiais gráficos personalizados e dinâmicas, bem como sempre são feitas provocações ao público sobre a temática para que esses participassem ativamente da construção desse saber. Outro dado interessante foi a participação de alunos que se identificavam com o gênero masculino nas discussões e o aumento dos atendimentos concomitantemente a realização dessas atividades, o que demonstra que elas também influenciaram em grande parte o encorajamento das mulheres na saída do silenciamento.

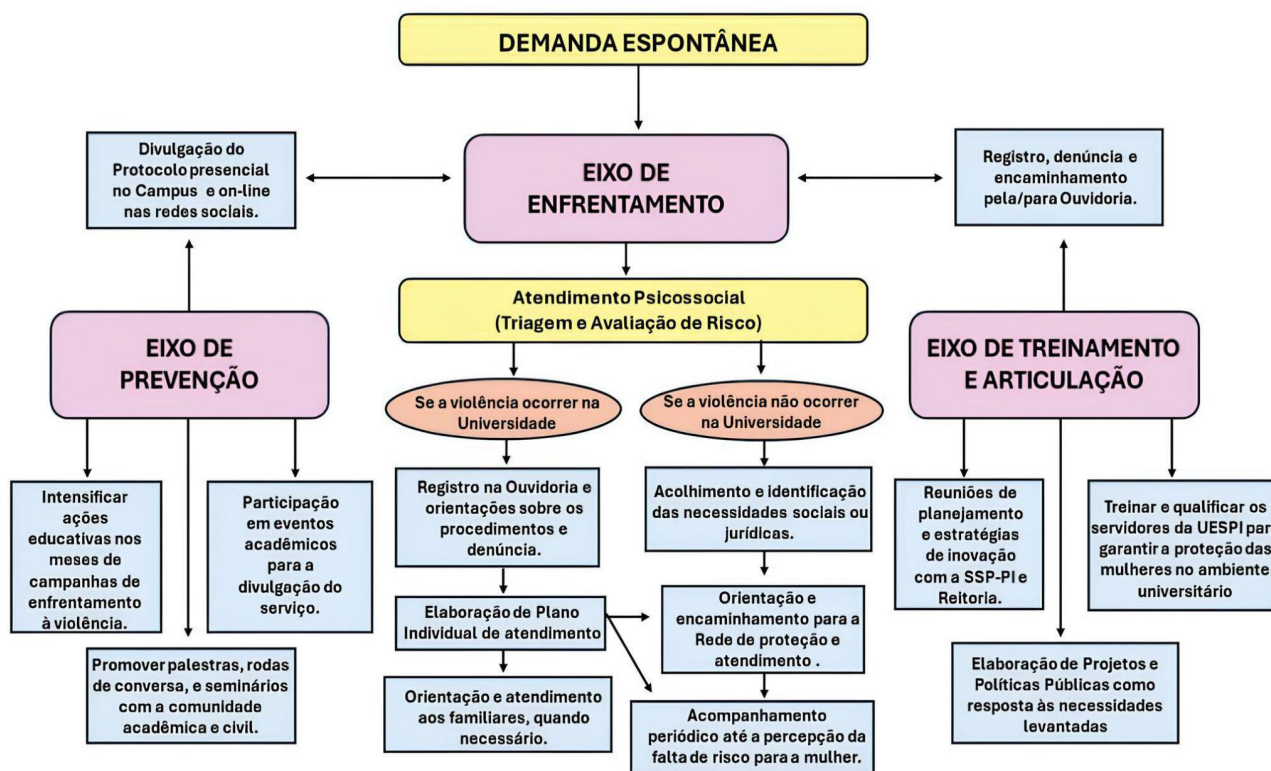
Outrossim, o eixo de prevenção engloba a contribuição em novas políticas públicas e práticas de equidade de gênero, como foi o caso da proposta e construção de um Código de Conduta para enfrentamento ao assédio e outras violências contra as mulheres na UESPI, desenhado para obter um fluxo sobre as denúncias de assédio, bem como a responsabilização de cada setor para proteger e acolher a vítima.

Essa proposta resultou-se na Resolução CONSUN 007/2024, que institucionaliza as ações e recomendações que devem ser seguidas por todos os membros da comunidade acadêmica, e por todas as pessoas que com ela se relacionam, e na cartilha “UESPI Livre de Assédio”, que demonstra de forma prática e linguagem mais acessível as normas desta resolução. O trabalho no eixo está diretamente ligado à transformação do contexto social por meio da produção de programas e projetos, fortalecimento das políticas públicas, bem como a produção de trabalhos científicos e participação em eventos acadêmicos para a divulgação do serviço.

E o último eixo de atuação, de treinamento e articulação, consiste no trabalho da realização de qualificações com professores, setores administrativos e prestadores de serviço da UESPI a fim de promover a redução de assédios contra

mulheres no contexto acadêmico, assim como para que esses possam agir de forma ágil e eficiente na redução dessas práticas. Também se caracteriza pela articulação com outros setores que facilitem o acompanhamento dos processos de violência contra a mulher que ocorrem na universidade, entretanto, essa atuação representa um dos maiores desafios por depender de respostas jurídicas, administrativas e judiciais de outros órgãos, e o Núcleo precisa lidar com a morosidade do andamento de processos e a efetivação de denúncias formais que embasam a atuação do serviço que trabalha como intermediador e facilitador das informações e fluxos pouco conhecidos pela comunidade acadêmica.

Podemos visualizar o fluxo desses eixos de atuação através da figura I, obtida no Protocolo do Núcleo de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher.



Fonte: Protocolo de atendimento a violência contra a mulher na UESPI, 2024.

Ademais, quanto a realização de denúncias, apontam que diante de casos de violência de gênero, as instituições preocupam-se com a carreira dos acusados e a repercussão dos casos em relação a sua reputação, e demonstram que estudantes universitárias, que se enxergam como possuidoras de privilégios e independentes, possuem maior dificuldade em reconhecer situações de assédio sexual como violência devido aos significados atribuídos a essa situação.⁶ Dessa forma, há um contexto que propicia a manutenção dessas práticas devido a criação de um cenário de silêncio e impunidade.

Além disso, a fim de obter dados de orientação para as ações futuras e gerar uma forma de avaliar os resultados do núcleo, foi realizado um formulário diagnóstico de percepção da segurança em relação à violência contra mulheres, como já citado. O formulário foi divulgado durante oito meses e enviado via e-mail institucional de todos os alunos, bem como também divulgado concomitantemente a realização de ações educativas, quando era percebido o maior engajamento dos alunos.

Em suma, no primeiro ano de funcionamento o NEVIM produziu dois documentos para o público: o “Protocolo do Núcleo de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher”⁹ e cartilha “UESPI Livre de assédio”¹⁰, respectivamente, tratam-se de um documento de divulgação e informação sobre o funcionamento do

Núcleo e cartilha com instruções, informações sobre tipos de violência e medidas administrativas que podem ser tomadas em casos de assédio e outros tipos de violência dentro do contexto acadêmico, assim como instruções internas para coordenadores e professores.

Também alcançou um número considerável de pessoas com a realização de 20 ações educativas ao longo do ano, com um público total de 969 pessoas dentro e fora do contexto universitário. 10 mulheres foram atendidas e acolhidas pelo Psicossocial, e somando-se 54 atendimentos e monitoramentos ao total, inclusive orientação a uma mulher fora do contexto universitário, a qual teve acesso ao serviço por indicação de outros serviços. Para além, as redes sociais, como Youtube e Instagram, também foram um dos focos de divulgação e compartilhamento de informações, com alcance de, aproximadamente, 37.574 visualizações.

Apesar dos inúmeros resultados exitosos tanto no campo de alcance de pessoas, como de produção de documentos e estruturação da política pública, sendo reconhecido dentro e fora da instituição de ensino, houveram desafios quanto ao acesso a municípios e articulação com os docentes fora da capital, onde observou-se que os campis do interior foram onde mais tiveram casos de assédio, inclusive de repercussão. Também se enfrentou a morosidade

em relação a processos administrativos que dependem de decisões de órgãos extra acadêmicos, o que gera descontentamento e pode resultar no enfraquecimento da realização de denúncias. Entretanto, esses desafios e impasses resultaram em ações de fortalecimento, discussão e construção das políticas públicas sobre o fluxo das denúncias.

CONCLUSÃO

A experiência do Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a Mulher da UESPI (NEVIM) demonstra que, apesar dos desafios institucionais e estruturais, é possível construir caminhos de acolhimento e proteção para mulheres no ambiente acadêmico. Ao longo do primeiro ano de atuação, as ações do núcleo alcançaram um número significativo de pessoas, promovendo diálogos, garantindo atendimentos e fortalecendo a conscientização sobre a violência de gênero.

Os dados levantados no formulário diagnóstico, quanto nos atendimentos individuais e nas atividades educativas, evidenciam a necessidade de um trabalho contínuo para enfrentar a cultura de silenciamento que ainda persiste dentro das universidades. A resistência em denunciar e os entraves burocráticos são obstáculos que exigem respostas institucionais mais ágeis e comprometidas com a segurança das mulheres. No entanto, cada atendimento realizado, cada informação compartilhada e cada espaço de escuta criado reforçam a importância de iniciativas como o NEVIM.

Mais do que um serviço, o núcleo representa um movimento de transformação. Ao combinar acolhimento, prevenção e enfrentamento, ele não apenas oferece suporte às vítimas, mas também desafia estruturas institucionais enraizadas de desigualdade. O engajamento da comunidade acadêmica, especialmente dos estudantes, demonstra que a universidade pode – e deve – ser um espaço de conscientização e combate à violência de gênero.

Ainda há um longo caminho a percorrer, mas os resultados conquistados até aqui mostram que é possível mudar realidades quando há comprometimento e ação, uma vez que a violência de gênero é um obstáculo para o desenvolvimento, segurança, qualificação e qualidade de vida das mulheres acadêmicas, pesquisadoras, mesmo depois de terem alcançado o contexto universitário.

O NEVIM se consolida, assim, não apenas como um núcleo de enfrentamento à violência de gênero, mas

como um espaço de resistência para propor mudanças organizacionais e institucionais para que a UESPI se torne um lugar mais acolhedor e ambiente seguro para as mulheres, para que elas iniciem e terminem seus cursos de graduação e pós-graduação, bem como seus trabalhos diários com integridade física e mental.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Malena Araújo Alves de Lima contribuiu com o delineamento e realização da pesquisa, redação e revisão crítica do manuscrito. **Jayane Maria Ferreira Carvalho** e **Vitória Antão de Carvalho Rosa** contribuíram com a realização da pesquisa, atuação prática no objeto de pesquisa e a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Campo DB et al. Mulheres migrantes do Sul Global no Brasil: uma abordagem interseccional sobre desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho (2015-2022). [Trabalho Conclusão de Curso]. Florianópolis - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Relações Internacionais; 2024 [Acesso em: 15 Jan 2025].104p. Disponível em:https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/261741/POS_DEFESA_DANIELLE_BORCIONI_CAMPO_ALTERADO_PRONTO_%25281%2529.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Zanella, Z, Richwin, I. ASSÉDIO SEXUAL NO ENSINO SUPERIOR BRASILEIRO: uma análise sociogenderada das emoções e das subjetividades na transferência entre alunas assediadas e professores assediadores. In: Panoramas da violência contra mulheres nas universidades brasileiras e latino-americanas / organizador: Tânia Mara Campos de Almeida, Valeska Zanella - Brasília: OAB Editora, 2022. p. 291-324.
3. Instituto Avon/Data Popular. Violência contra a mulher no ambiente universitário. São Paulo: Instituto Avon, 2015.
4. Ludke M, Andre MED. Pesquisa em educação: uma abordagem qualitativa. 2.ed. São Paulo: EPU, 2013.
5. Grollmus NS, Tarrès JP. Relatos metodológicos: difractando experiências narrativas de investigación. Fórum Qualitative Social Research, v.16, n. 2, mayo 2015.
6. Lima MMC, Ceia EM. VIOLÊNCIA DE GÊNERO NAS UNIVERSIDADES: um panorama internacional do problema. In: Panoramas da violência contra mulheres

nas universidades brasileiras e latino-americanas / organizador: Tânia Mara Campos de Almeida, Valeska Zanello - Brasília: OAB Editora, 2022. p. 3-28.

7. Bellini DMG, Mello RR. AS CONTRIBUIÇÕES CIENTÍFICAS PARA A PREVENÇÃO E SUPERAÇÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO NAS UNIVERSIDADES. In: Panoramas da violência contra mulheres nas universidades brasileiras e latino-americanas / organizador: Tânia Mara Campos de Almeida, Valeska Zanello - Brasília: OAB Editora, 2022. p. 29-57.

8. Romero, Maria. Caso Janaína Bezerra: Júri condena acusado a 18 anos de prisão por estupro e assassinato na UFPI. g1 PI, Teresina, 30 de Setembro de 2023. Acesso em: 28/10/2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2023/09/30/caso-janaina-bezerra-juri-condena-thiago-mayson-a-18-anos-de-prisao-por-estupro-e-assassinato-de-estudante-na-ufpi.ghtml>.

9. Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a Mulher - NEVIM UESPI. Protocolo de atendimento a violência contra a mulher na UESPI. [Internet]. NEVIM; 2024. Available from: <https://uespi.br/wp-content/uploads/2024/02/NEVIM.pdf>

10. Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a Mulher - NEVIM UESPI. Cartilha UESPI livre de assédio e de outras formas de violência contra a mulher [Internet]. NEVIM; 2024. Available from: <https://drive.google.com/drive/u/1/home>

IMPLANTAÇÃO DE UMA CENTRAL DE TELEATENDIMENTO SOBRE A COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA LEGAL

IMPLEMENTATION OF A COVID-19 TELEHEALTH CALL CENTER IN A MUNICIPALITY OF THE LEGAL AMAZON

IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE TELEATENCIÓN SOBRE LA COVID-19 EN UN MUNICIPIO DE LA AMAZONÍA LEGAL

Darley Maria Oliveira ¹

Ana Lucia Sartori ²

Ana Paula Silva Loschi ³

Gabriel Rodrigues José ⁴

Neiva Pereira Paim ⁵

Como Citar:

Oliveira DM, Sartori AL, Loschi APS, José GR, Paim NP. Implantação de uma central de teleatendimento sobre a Covid-19 em um município da Amazônia Legal. *Sanare*. 2025; 24(2).

Descritores:

COVID-19; Telemonitoramento; Epidemiologia; Sinop.

Descriptors:

COVID-19; Telemonitoring; Epidemiology; Sinop.

Descriptores:

COVID-19; Telemonitoreo; Epidemiología; Sinop.

Submetido:

12/12/2024

Aprovado:

28/08/2025

Autor(a) para Correspondência:

Darley Maria Oliveira.
Instituto de Ciências da Saúde,
Universidade Federal de Mato Grosso,
Campus Sinop.
E-mail: darleymoliveira@ufmt.br

RESUMO

Introdução: A pandemia de COVID-19, desencadeada em dezembro de 2019, provocou grandes impactos no Brasil, incluindo o município de Sinop-MT, que registrou mais de 45 mil casos e 515 mortes. Para enfrentar a situação, a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, criou o projeto "Call Center COVID-19", realizado entre março e outubro de 2020, com objetivo de oferecer teleatendimento à população. **Objetivo:** Descrever a experiência e o impacto da criação e operação do "Call Center COVID-19" em Sinop-MT, no período de março a outubro de 2020. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado em pesquisa-ação. Foi implantada uma Central de Atendimento Telefônico com funcionamento diário nas dependências da UFMT. Acadêmicos e docentes da área da saúde prestaram atendimento à população, fornecendo orientações sobre prevenção e sintomas da COVID-19, além de telemonitorar de casos suspeitos ou confirmados. **Resultados:** Foram registrados 482 atendimentos, abrangendo 621 pessoas. A maioria dos atendidos era do sexo feminino (64%) e tinha entre 1 e 83 anos, com mediana de 33 anos. Os principais motivos de contato foram dúvidas relacionadas à COVID-19 (35,1%) e relato de sintomas gripais (23,2%). Além disso, 14,5% das chamadas foram de contatos com casos confirmados. Os encaminhamentos mais frequentes foram para exames (50%), atendimentos presenciais (41%) e telemonitoramento (9%). **Conclusão:** O projeto mostrou-se essencial para reduzir a demanda por atendimentos presenciais, fornecer informações qualificadas à população e promover aprendizado prático aos estudantes. Destaca-se como um exemplo de colaboração eficaz entre universidade, gestão pública e comunidade no enfrentamento da COVID-19.

1. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do curso de Medicina, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Sinop. E-mail: darleymoliveira@ufmt.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5367-7080>

2. Enfermeira. Doutora em Medicina Tropical e Saúde Pública. Docente do curso de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso- Campus Sinop. E-mail: sartorianalucia@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3832-031X>

3. Graduanda do curso de Medicina do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Sinop. E-mail: analosck@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0067-9004>

4. Graduando do curso de Medicina do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Sinop. E-mail: garbiel.gabriel@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6793-2278>

5. Médica. Especialista em Anatomia Patológica. Docente do curso de Medicina do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Sinop. E-mail: neivapaim1@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3507-2023>

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic, which began in December 2019, had significant impacts in Brazil, including the municipality of Sinop-MT, which recorded 45,000 cases and 515 deaths. In response, the Federal University of Mato Grosso (UFMT), in partnership with the Municipal Health Department, established the "COVID-19 Call Center" project, which ran from March to October 2020, aimed to provide teleconsultation to the population. Objective: To describe the experience and impact of the creation and operation of the "COVID-19 Call Center" in Sinop-MT from March to October 2020. Methods: This is a descriptive experience, based on an action-research methodology. A daily-operating Telephone Assistance Center was established within UFMT campus. Health sciences students and professors provided care to the population, offering guidance on COVID-19 prevention and symptoms, as well as telemonitoring of suspected or confirmed cases. Results: A total of 482 consultation calls were registered, involving 621 individuals. The majority of users were female (64%), with an age range of 1 to 83 years and a median age of 33. The primary reasons for the calls were inquiries about COVID-19 (35.1%) and the reporting of flu-like symptoms (23.2%). Additionally, 14.5% of calls came from individuals who had contact with confirmed cases. The most common referrals were for testing (50%), in-person consultations (41%), and continued telemonitoring (9%). Conclusion: The project proved essential in reducing the demand for in-person healthcare visits, providing the population with reliable information, and offering a practical learning experience for students. It stands out as a model of effective collaboration between the university, public management, and the community in the confronting the COVID-19.

RESUMEN

Introducción: La pandemia de COVID-19, desencadenada en diciembre de 2019, provocó grandes impactos en Brasil, incluyendo el municipio de Sinop-MT, que registro más de 45 mil casos y 515 muertes. Para hacer frente a la situación, la Universidad Federal de Mato Grosso (UFMT), en colaboración con la Secretaría Municipal de Salud, creó el proyecto "Call Center COVID-19", desarrollado entre marzo y octubre de 2020, con el objetivo de ofrecer teleatención a la población. Objetivo: Describir la experiencia y el impacto de la creación y operación del "Call Center COVID-19" en Sinop-MT, en el período de marzo a octubre de 2020. Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, basado en la investigación-acción. Se implementó una Central de Atención Telefónica con funcionamiento diario en la instalaciones de la UFMT. Estudiantes y docentes del área de la salud brindaron atención a la población, ofreciendo orientaciones sobre prevención y síntomas de la COVID-19, además de realizar telemonitoreo de casos sospechosos o confirmados. Resultados: Se registraron 482 atenciones, que abarcaron a 621 personas. La mayoría de los atendidos eran mujeres (64%) y tenían entre 1 y 83 años, con una mediana de 33 años. Las principales razones de contacto fueron dudas relacionadas con la COVID-19 (35,1%) y la comunicación de síntomas gripales (23,2%). Además, el 14,5% de las llamadas correspondieron a contactos con casos confirmados. Las derivaciones más frecuentes fueron para exámenes (50%), atenciones presenciales (41%) y telemonitoreo (9%). Conclusión: El proyecto se mostró esencial para reducir la demanda de atenciones presenciales, ofrecer información calificada a la población y promover el aprendizaje práctico de los estudiantes. Se destaca como un ejemplo de colaboración eficaz entre la universidad, la gestión pública y la comunidad en el contexto de la COVID-19.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, surgiu em Wuhan, na China, um novo coronavírus (SARS-CoV-2), altamente transmissível e identificado como o agente etiológico da COVID-19, doença que se tornou uma pandemia declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020 ⁽¹⁾. O vírus apresentou, em escala global, inúmeras variações e mutações que modificaram a resposta clínica da doença e influenciaram o curso da pandemia⁽²⁾. Diante desse cenário, observou-se uma sobrecarga

significativa para os sistemas de saúde em todo o mundo, demandando respostas rápidas e inovadoras para conter a disseminação do vírus e garantir a prestação adequada de cuidados de saúde⁽³⁾. No Brasil, os sistemas de saúde públicos e privados enfrentaram um aumento exponencial de casos, escassez de recursos materiais e humanos e a necessidade de distanciamento social, o que tornou crucial a implementação de estratégias capazes de evitar o colapso dos serviços de saúde e reduzir os deslocamentos e aglomerações em unidades de atendimento⁽⁴⁾.

Considerando as deliberações decorrentes da emergência de saúde pública e as necessidades identificadas, o Conselho Federal de Medicina publicou o Ofício N° 1756/2020-COJUR, em 18 de março de 2020, reconhecendo os serviços de Teleorientação e Telemonitoramento, a fim de permitir que profissionais médicos realizassem, à distância, a orientação e o encaminhamento de pacientes em isolamento domiciliar⁽⁵⁾. O Ministério de Educação e Cultura, por meio do Ofício circular N° 4/2020/CGPO/DIFES/SESU/SESU-MEC, solicitou às Instituições Federais de Ensino Superior a adoção de ações de apoio ao enfrentamento da pandemia de COVID-19⁽⁶⁾. Até 19 de outubro de 2024, haviam sido confirmados, no Brasil, 38.973.832 casos e 713.205 óbitos pela doença⁽⁷⁾, dos quais 43.622 casos e 515 mortes ocorreram no município de Sinop-MT⁽⁸⁾.

Considerado um importante polo regional de saúde, o município de Sinop está localizado a 551 km da capital Cuiabá, no Norte do estado de Mato Grosso, Brasil, e encontra-se inserido na área da Amazônia Legal. Com uma extensão territorial de 3.990,870 km², Sinop é margeado pela BR 163 e possuía, em 2022, uma população estimada em 196.312 habitantes, IDHM de 0,74 e PIB per capita de R\$64.607,12, tendo o agronegócio como principal fonte econômica⁽⁹⁾. O município integra o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Teles Pires, que engloba mais de quatorze municípios, sendo Sinop a sede do Escritório Regional de Saúde. Dessa forma, configura-se como referência regional para o atendimento de saúde, atuando como sede de módulo assistencial e oferecendo serviços ambulatoriais de primeiro e segundo níveis, além de alguns procedimentos de terceiro nível de complexidade⁽¹⁰⁾.

Visando responder a essa necessidade emergente e apoiar a gestão da crise sanitária, assim que foram identificados os primeiros casos de COVID-19 no país – e diante da previsão de sobrecarga nos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados – foi idealizada a implantação de uma Central de Atendimento Telefônico no *Campus* de Sinop da UFMT, por docentes do curso de Medicina. Denominado “*Call Center COVID-19*”, o projeto de extensão teve como objetivo oferecer suporte à população e proporcionar um ambiente seguro de aprendizado e prática para os estudantes de graduação da área da saúde. O presente relato de experiência descreve a criação, implementação e os resultados da atuação do *Call Center COVID-19* no município de Sinop, no ano de 2020.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, fundamentado em uma pesquisa-ação realizada no início da pandemia, entre março a outubro de 2020. A ação foi desenvolvida como parte de um Programa de Extensão da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), *Campus* de Sinop, que abrange diversos projetos de extensão voltados ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 no município de Sinop, MT.

Na Central de Atendimento Telefônico, acadêmicos e docentes dos cursos da área da saúde da UFMT – *Campus* de Sinop prestaram atendimento à população, levando em conta todas as normas de segurança impostas no período, no intuito de fornecer um canal de comunicação direta, não presencial e segura, evitando deslocamentos e aglomerações nas unidades de saúde. Além disso, o projeto proporcionou um ambiente de atuação protegido, distante dos focos de transmissão do vírus, e propício para o aprendizado e ao desenvolvimento de competências práticas exigidas na formação universitária na área da saúde. Com caráter interdisciplinar, a ação envolveu as diferentes áreas e disciplinas das matrizes curriculares de diferentes cursos de graduação como Medicina, Enfermagem, Biomedicina e Farmácia. O *Call Center* também contou com a colaboração de profissionais de saúde, incluindo médicos e enfermeiros, que prestaram suporte técnico e esclareceram dúvidas sobre questões específicas de saúde.

Para garantir a qualidade do atendimento, foram estabelecidas parcerias entre a UFMT, a Secretaria Municipal de Saúde de Sinop-MT (SMS/Sinop-MT) e hospitais locais. Essa colaboração foi essencial para uma atuação coordenada e eficiente, garantindo que o *Call Center* estivesse alinhado com as diretrizes e necessidades do sistema de saúde do município, bem como às recomendações epidemiológicas vigentes.

O *Call Center* foi instalado no bloco de tutorias do curso de Medicina da UFMT – *Campus* de Sinop, onde foram disponibilizadas dez salas equipadas pelo Setor de Tecnologia de Informação (STI), cada uma contendo computador com acesso à internet e telefone fixo. Durante os atendimentos, alunos e docentes permaneciam isolados em suas respectivas salas, utilizando máscaras faciais e álcool em gel. Ao início e ao término de cada atendimento, os equipamentos eram desinfetados. Durante o período de funcionamento, o *Call Center* realizava

atendimentos de segunda a domingo, incluindo feriados, e as equipes eram escaladas por plantão de atendimento em dois turnos: de 7:00 às 12:00 e de 12:00 às 17:00.

O serviço foi constantemente divulgado por meio de rádios, canais de TV, redes sociais e canais oficiais da Secretaria Municipal de Saúde de Sinop-MT (SMS/Sinop-MT), com o objetivo de atingir o maior número possível de público, principalmente nas regiões mais desassistidas em termos de informações e atendimento de unidades e profissionais de saúde. As ações consistiam em orientar a população com dados atualizados, oficiais e científicos sobre a COVID-19, realizar atendimento de telemedicina, solicitação de exames, encaminhamento para atendimento presencial ordenado com a rede de saúde municipal, monitoramento e seguimento dos casos suspeitos e/ou confirmados da doença.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de execução do projeto de extensão “Call Center COVID-19”, foram executados 482 atendimentos, dos quais 99,8% corresponderam a chamadas referentes a um único indivíduo, demonstrando que a maioria das pessoas buscou o serviço de forma individual, o que é típico em muitos cenários de assistência remota⁽¹¹⁾. No entanto, o número de indivíduos atendidos em única chamada variou de um a onze, totalizando 621 pessoas atendidas ao longo do projeto.

As chamadas com múltiplos indivíduos atendidos refletem situações em que famílias inteiras ou grupos de convivência procuraram orientação conjunta relacionado a situações de isolamento domiciliar compartilhado, pois em casos onde um ou mais membros da família contraem COVID-19, é recomendável que todos os conviventes permaneçam em isolamento conjunto para prevenir a disseminação do vírus⁽¹²⁾.

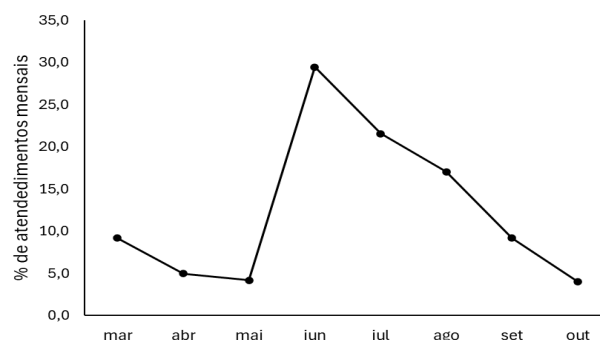
Esse cenário destaca a importância de um serviço de *call center* capaz de atender grupos familiares, fornecendo informações e orientações para todos os membros da casa de forma simultânea. Além disso, destaca a relevância da extensão universitária na criação de serviços de saúde adaptáveis e preparados para atender as necessidades específicas de indivíduos em isolamento domiciliar, proporcionando um atendimento eficaz e abrangente durante situações de crise sanitária⁽¹³⁾.

O pico de indivíduos atendidos se concentrou em

junho de 2020, com queda progressiva até outubro do mesmo ano. Entre os meses de junho e julho de 2020, foram realizados 51% de atendimentos do total de indivíduos (N=621) (Figura 1). Esse período crítico coincidiu com a escalada da pandemia em níveis estadual e nacional, com aumento exponencial no número de casos confirmados e óbitos, coincidindo, ainda, com a implementação de quarentena e *lockdown* por vários estados e municípios na tentativa de conter a disseminação e fortalecer a infraestrutura de saúde, levando a uma maior procura por serviços de saúde e informações⁽⁸⁾.

No município de Sinop, esse período foi marcado por um aumento significativo de casos de COVID-19, influenciado por fatores como maior capacidade de testagem, o relaxamento das medidas de distanciamento social e o aumento da conscientização pública quanto a necessidade de buscar orientação médica ao apresentar sintomas⁽¹⁴⁾. Tais fatos justificam o aumento de atendimentos no *Call Center COVID-19* e a conseqüente necessidade de ampliação do serviço ofertado. Desta forma, a estrutura montada no projeto “Call Center COVID-19” subsidiou o início do projeto de extensão “Vigilância COVID-19”, justificando a diminuição dos atendimentos espontâneos com a implantação do serviço de busca e telemonitoramento de todos os casos suspeitos/confirmados notificados no município de Sinop-MT⁽¹⁵⁾.

Figura 1 – Atendimentos realizados pelo “Call Center COVID-19” no município de Sinop-MT, no período de março a outubro de 2020



O atendimento incluiu indivíduos com idades entre 1 e 83 anos, contemplando uma ampla faixa etária. Crianças e idosos são considerados grupos vulneráveis, e a presença desses grupos entre os atendidos sugere que o *Call Center* forneceu suporte crucial para um público que requereu atenção especial durante a pandemia. A distribuição etária

dos indivíduos atendidos demonstrou uma mediana de idade de 33 anos (IIQ: 24-43), o que indica que a maioria dos indivíduos atendidos foram adultos jovens. Esse perfil é compatível com a estrutura demográfica do município de Sinop, que possui uma grande proporção de habitantes entre 20 e 40 anos⁽⁹⁾.

Por se tratar de uma população mais ativa social e economicamente, há uma maior predisposição à interação social e à mobilidade, fatores que aumentam a exposição ao vírus. Esta faixa etária também reflete a responsabilidade de cuidar de outros membros da família, o que pode ter contribuído para uma maior procura por informações de saúde para o núcleo familiar⁽¹⁶⁾.

O sexo feminino foi prevalente entre os indivíduos atendidos, representando 64% dos atendimentos, enquanto o sexo masculino correspondeu a 36%. Historicamente, as mulheres tendem a buscar os serviços de saúde com maior frequência em comparação aos homens, padrão igualmente observado em descrições do perfil epidemiológico da COVID-19 em diferentes regiões do Brasil⁽¹⁷⁾.

Do total de 612 indivíduos atendidos pelo projeto, 98,7% eram residentes no estado de Mato Grosso, dos quais 603 (98,5%) residiam especificamente em Sinop. Observou-se também o atendimento a indivíduos provenientes de outros estados do país. A predominância de residentes de Sinop entre os indivíduos atendidos justifica-se pela localização do projeto e visibilidade local do *Call Center*. Dessa forma, o serviço de telemedicina prestado levou em consideração o perfil do usuário ao elaborar programas de educação em saúde e campanhas de conscientização, o que possibilitou ações mais efetivas às necessidades e comportamentos dessa comunidade⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾.

A tabela 1 apresenta os motivos pela procura do serviço, com destaque para o esclarecimento de dúvidas, que representou 35,1% dos atendimentos. As dúvidas envolveram a prevenção da doença, reconhecimento de sintomas, procedimentos de isolamento e cuidados necessários em caso de suspeita ou confirmação de COVID-19 – ações fundamentais para minimizar a disseminação do vírus e proteger a saúde pública.

A comunicação de sintomas gripais consistiu no segundo motivo mais frequente, representando 23,2% dos atendimentos. Esses sintomas foram comumente associados à COVID-19, especialmente durante os primeiros meses da pandemia, quando manifestações como febre, tosse e dor de garganta estavam em foco

como sinais sugestivos da infecção, o que contribuiu para o aumento por orientação médica⁽¹⁵⁾.

Diante dessa demanda, o *Call Center* atuou minimizando as incertezas quanto à natureza dos sintomas e à gravidade potencial da doença, fornecendo orientações detalhadas sobre as características do vírus, da COVID-19 e sobre as medidas de isolamento domiciliar, com instruções sobre como evitar a propagação do vírus dentro de casa. Também eram realizadas orientações sobre sinais de alerta que demandavam atendimento médico presencial. As respostas dos atendimentos seguiam protocolos previamente estabelecidos, os quais eram atualizados conforme orientações das autoridades sanitárias, garantindo que as informações e orientações fornecidas fossem precisas e refletissem as melhores práticas em saúde pública⁽¹²⁾.

Devido à alta transmissibilidade do vírus, mesmo o menor contato com casos confirmados gerava a necessidade de quarentena e monitoramento de sintomas. O contato com casos confirmados correspondeu a 14,5% dos atendimentos realizados, sendo esses indivíduos monitorados quanto ao surgimento de sintomas e/ou necessidade de testagem e atendimento presencial. Nos casos em que não houve manifestação de sintomas ou em que estes foram leves, os indivíduos receberam alta do monitoramento após sete dias ou mais, de acordo com as recomendações pelas autoridades sanitárias vigentes⁽¹²⁾⁽¹⁵⁾. Outros sintomas que não se enquadravam especificamente como gripais representaram 12,7% dos atendimentos, abrangendo uma variedade de manifestações clínicas menos comuns, mas ainda preocupantes para a população.

A ampla gama de sintomas relatados destaca a necessidade de serviços de saúde adaptáveis, capazes de fornecer orientação sobre diversas condições de saúde relacionadas ou não a COVID-19. A solicitação de exames diagnósticos, como teste rápido e RT-PCR, correspondeu a 6% dos atendimentos, assim como os casos confirmados de COVID-19, que também corresponderam a 6% da demanda total.

Tabela 1. Motivos de procura pelo serviço de teleatendimento do “Call Center COVID-19” no município de Sinop-MT, no período de março a outubro de 2020

Queixa	n	(%)
Acidente	1	0,2
Contato	70	14,5
COVID	29	6,0
Dengue	2	0,4
Doações	4	0,8
Dúvidas	169	35,1
Gripais	112	23,2
Sintomas	61	12,7
Solicitação de exame	29	6,0
Viagem	4	0,8
Total	481	100

01 atendimento não foi registrado o motivo da procura.

Dentre os encaminhamentos realizados pelo serviço, 50% dos atendimentos foram encaminhados para a realização de exames teste rápido ou RT-PCR de maneira ordenada com a rede de saúde. Além disso, 41% dos casos foram referenciados para o serviço de saúde para atendimento presencial com local, hora marcada e profissional responsável pelo atendimento. Os 9% restantes consistiram em monitoramento via telemedicina e os pacientes recebiam orientações de isolamento, etiqueta social, sinais de agravamento e, conforme a evolução, recebiam alta em sete a catorze dias.

Os acadêmicos e profissionais que prestaram serviços de atendimento no *Call Center COVID-19* foram capacitados para lidar com uma vasta gama de questões e sintomas, garantindo um atendimento abrangente e eficaz. Em todo o mundo sistemas de telemonitoramento implantados resultaram em redução de riscos de atraso na hospitalização, busca desnecessária por atendimento de saúde presencial, otimização do uso de recursos médicos locais e prevenção de infecções cruzadas entre profissionais de saúde e pacientes⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a implementação do projeto “*Call Center COVID-19*” desempenhou um papel crucial na gestão da crise sanitária, ajudando a reduzir o impacto nas unidades de saúde, bem proporcionando uma fonte confiável de informação à comunidade de

Sinop e região. Por meio da parceria desenvolvida com a Secretaria Municipal de Saúde e hospitais locais, o projeto teve participação decisiva na reorganização da rede de atendimento, garantindo ao usuário acesso aos serviços de saúde, seja pelo atendimento à demanda espontânea, bem como pela cessão de sua infraestrutura e logística para implantação de projetos posteriores no escopo da vigilância epidemiológica municipal.

Essa colaboração permitiu uma atuação coordenada e eficaz, mesmo em um momento de grande instabilidade, evidenciando o compromisso da universidade pública com a sociedade em situações de crise. Ademais, o projeto proporcionou um campo de atuação seguro, eficaz e científico para o aprendizado dos acadêmicos de diversos cursos da área da saúde de universidades públicas e privadas do município de Sinop-MT.

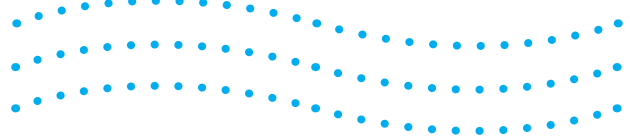
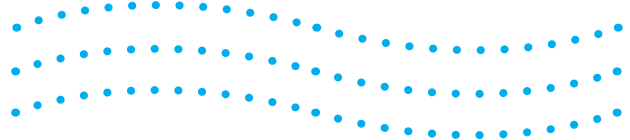
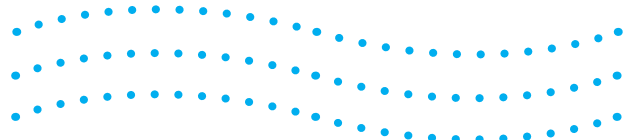
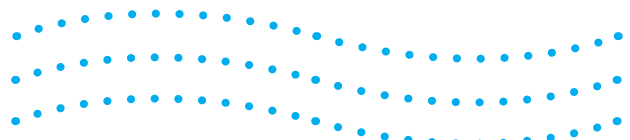
CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Darley Maria Oliveira contribuiu com a escrita da experiência, **Ana Paula Silva Loschi** contribuiu com o gerenciamento dos dados e confecção do resumo, **Gabriel Rodrigues José** contribuiu com a revisão bibliográfica, **Neiva Pereira Paim** contribuiu com a revisão da escrita, **Ana Lucia Sartori** contribuiu com a análise dos dados e revisão do texto.

REFERÊNCIAS

- Hu B, Guo H, Zhou P, Shi ZL. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol.* 2021;19(3):141-54.
- Tao K, Tzou PL, Nouhin J, Gupta RK, de Oliveira T, Kosakovsky Pond SL, et al. The biological and clinical significance of emerging SARS-CoV-2 variants. *Nat Rev Genet.* 2021;22(12):757-73.
- Ochani R, Asad A, Yasmin F, Shaikh S, Khalid H, Batra S, et al. COVID-19 pandemic: from origins to outcomes. A comprehensive review of viral pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic evaluation, and management. *Le Infez Med.* 2021 Mar 1;29(1):20-36.
- Barcellos C, Villela DAM. Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde. Freitas CM de, editor. *Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz;* 2021.
- Conselho Federal de Medicina. OFÍCIO cfm Nº 1756/2020. 2020.

6. Ministério da Educação. OFÍCIO-CIRCULAR Nº 4/2020/CGPO/DIFES/SESU/SESU-MEC. Brasília; 2020.
7. SUS. Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; 2020. p. 2024 Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde.
8. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso MG. Painel epidemiológico da COVID-19 no estado de Mato Grosso. Cuiabá: SIEGES Mato Grosso; 2024. p. 17-9.
9. IBGE. Censo 2022. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinop; 2022. p. 1-1.
10. Pivetta OO, Moura SL. Estatuto do Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires. Lucas do Rio Verde: Assembléia Geral Extraordinária; 2016.
11. Sanine PR, Almeida SCS. Utilização da telessaúde nos serviços de atenção primária à saúde durante a pandemia de Covid-19: uma revisão integrativa. Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida. Manaus: Saúde em Redes; 2022. (Suplemento 1). Report No.: 4.
12. ANVISA. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19: Atualizada em 31/03/2023 [Internet]. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, Terceira Diretoria, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília; 2023. p. 1-191. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/NT042020covid31.03.2023.pdf>
13. Margolius D, Hennekes M, Yao J, Einstadter D, Gunzler D, Chehade N, et al. On the front (phone) lines: Results of a COVID-19 hotline. J Am Board Fam Med. 2021 Feb;34(Supplement):S95-102.
14. Vigilância Epidemiológica SM de S. Boletim Informativo nº 94, 03/07/2020, Situação Epidemiológica SRAG e COVID-19, Cenário SRAG e Confirmados de COVID-19 em Sinop-MT. Sinop: Vigilância Epidemiológica; 2020.
15. Sartori AL, Oliveira DM, Oliveira LR De, Paim NP. Análise descritiva e mapeamento dos casos confirmados por RT-PCR para COVID-19 em residentes de Sinop. Sinop; 2020.
16. Cardoso AS, Leandro M, Luíza Becker Da Silva M, Leontina C, Ocampo Moré O, Barbará A, et al. Representações Sociais da Família na Contemporaneidade: Uma Revisão Integrativa. Pensando Famílias. 2020;24(1):29-44.
17. Rossi E dos S, Corrêa EG, Hofstaetter V, Camargo JR de, Dambiski I, Martins ADL, et al. Perfil epidemiológico dos casos notificados de COVID-19 no ano de 2020 em um município da Região Sul do Brasil. Res Soc Dev. 2022;11(10):e332111032996.
18. Oliveira EF de, Gomes MC, Petrina R, Bittencourt S, Oliveira DM. CENTRO DE APOIO E INFORMAÇÕES : CALL CENTER COVID-19. Cuiabá: XI Seminário Regional de Extensão Universitária da Região Centro-Oeste; 2020. p. 152.
19. Stephen A, Nair S, Joshi A, Aggarwal S, Adhikari T, Diwan V, et al. Gender differences in COVID-19 knowledge, risk perception, and public stigma among the general community: Findings from a nationwide cross-sectional study in India. Int J Disaster Risk Reduct. 2023 Jul;93:103776.
20. Xu H, Huang S, Qiu C, Liu S, Deng J, Jiao B, et al. Monitoring and management of home-quarantined patients with COVID-19 using a wechat-based telemedicine system: Retrospective cohort study. J Med Internet Res. 2020 Jul 2;22(7):e19514.



O MODELO DE PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE OUTPATIENT SECONDARY CARE UNIT MODEL IN SPECIALIZED CARE: AN EXPERIENCE REPORT

EL MODELO DE PUNTO DE ATENCIÓN SECUNDARIA AMBULATORIA EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Iasmim de Lima Torres ¹

Walclísio Alves de Sousa Júnior ²

Daniela Gislei Dias da Silva ³

Samuel Trezena Costa ⁴

Como Citar:

Torres IL, Sousa Júnior WA, Silva DGD, Costa ST. O modelo de Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial na atenção especializada: um relato de experiência. *Sanare*. 2025;24(2).

Descritores:

Atenção Secundária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Comunicação em Saúde.

Descriptors:

Secondary Health Care; Unified Health System; Health Communication.

Descriptores:

Atención Secundaria de Salud; Sistema Único de Salud; Comunicación en Salud.

Submetido:

25/06/2025

Aprovado:

22/10/2025

Autor(a) para Correspondência:

Iasmim de Lima Torres
End: Rua Montes Claros, 1237
E-mail: iasmimltorres@gmail.com

RESUMO

Este trabalho objetivou relatar a experiência da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) com o modelo de Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA), incluindo a operacionalização dos macroprocessos assistencial, educacional, supervisional e de pesquisa. Pretendeu-se também identificar suas barreiras e fragilidades. Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, descreve o processo de trabalho no Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) em um município do interior de Minas Gerais-MG. O CEAE é um ambulatório de abrangência regional, sendo referência na AAE para duas microrregiões de saúde na Macrorregião Norte de Minas Gerais. A 12 municípios, em dez linhas de cuidado, com equipe multiprofissional, exames laboratoriais, cardiológicos e de imagem. É possível constatar que a implantação dos macroprocessos assistencial, educacional, supervisional e de pesquisa está em estágios diferentes e preferencialmente na linha de cuidado materno-infantil. Benefícios expressivos com a implantação da AAE com o modelo PASA, trazendo melhorias para a Rede de Atenção à Saúde.

1. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) Pirapora/MG. E-mail: iasmimltorres@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1439-6726>

2. Diretor Executivo. Fundação Hospitalar Dr. Moisés Magalhães Freire. E-mail: walclisiojr@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6994-1227>

3. Enfermeira. CEAE Pirapora. E-mail: danigislei@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9093-0555>

4. Doutor em Ciências da Saúde. E-mail: samueltrezena@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4217-1276>

ABSTRACT

This study aimed to report the experience of Specialized Ambulatory Care (Atenção Ambulatorial Especializada, AAE) with the Secondary Outpatient Care Unit (Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial, PASA) model, including the implementation of the care, educational, supervisory, and research macroprocesses. It also sought to identify the model's barriers and weaknesses. This is an experience report that describes the work process developed at the State Center for Specialized Care (Centro Estadual de Atenção Especializada, CEAE) in a municipality in the backlands of Minas Gerais, Brazil. The CEAE is a regional outpatient facility and serves as the AAE reference for two health microregions within the Northern Macroregion of Minas Gerais. It provides care for 12 municipalities across 10 lines of care, with a multidisciplinary team offering laboratory, cardiological, and imaging tests. The findings indicate that the implementation of the care, educational, supervisory, and research macroprocesses is at different stages of development, primarily within the maternal and child care line. We observed significant benefits with the implementation of AAE under the PASA model, resulting in improvements for the Health Care Network.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo relatar la experiencia de la Atención Ambulatoria Especializada (AAE) con el modelo de Punto de Atención Secundario Ambulatorio (PASA), incluyendo la operacionalización de los macroprocesos asistencial, educativo, supervisional y de investigación. Asimismo, se propuso identificar sus barreras y debilidades. Se trata de un estudio del tipo relato de experiencia, en el cual se describe el proceso de trabajo en el Centro Estatal de Atención Especializada (CEAE) de un municipio del interior del estado de Minas Gerais (MG). El CEAE es un ambulatorio de alcance regional y constituye la referencia de la AAE para dos microrregiones de salud en la Macrorregión Norte de Minas Gerais. Se brinda atención a 12 municipios, con 10 líneas de cuidado, equipo multiprofesional, exámenes de laboratorio, cardiológicos y de imagen. Se constató que la implantación de los macroprocesos asistencial, educativo, supervisional y de investigación se encuentra en diferentes etapas y preferentemente en la línea de cuidado materno-infantil. Se observaron beneficios significativos con la implementación de la AAE bajo el modelo PASA, generando mejoras para la Red de Atención a la Salud.

.....

INTRODUÇÃO

Em 2010, a Portaria nº 4.279 estabeleceu as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como o modelo organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, com a Atenção Primária à Saúde (APS) coordenando o cuidado e ordenando a rede^{1,2}. A Planificação da Atenção à Saúde (PAS), proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e operacionalizada pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), é uma metodologia para (re)organizar as RAS por meio dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)^{3,4}.

Na AAE, o modelo proposto pela PAS é o Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA), fundamentado na integração entre AAE e APS e na construção da AAE como ponto de atenção secundária em uma RAS coordenada pela APS⁵. Esse modelo utiliza o referencial do Modelo de Atenção às Doenças Crônicas (MACC), que necessita da estratificação de risco das condições crônicas não agudizadas para identificar as necessidades de atendimento específico^{5,6}. O modelo PASA é operacionalizado por

quatro macroprocessos: assistencial, educacional, supervisional e de pesquisa^{4,7}.

O Macroprocesso Assistencial é realizado por uma equipe multiprofissional de forma interprofissional, com ciclos de atendimentos sequenciais que incluem avaliações clínicas, exames e definição de condutas em um plano de cuidados unificado⁴. O Macroprocesso Educacional, desenvolvido pela APS e AAE, envolve apoio educacional e ações que fortalecem o autocuidado dos usuários⁴. Além disso, o Macroprocesso Supervisional identifica melhorias no trabalho conjunto entre APS e AAE, promovendo ações colaborativas entre gestores⁴. Por fim, o Macroprocesso de Pesquisa busca produzir evidências sobre o manejo de usuários de alto risco e aplicar protocolos clínicos para aprimorar a qualidade dos serviços⁴.

Diante disso, a AAE é uma das áreas menos estudadas no SUS, com pouca pesquisa em comparação à APS e à atenção hospitalar, criando um vazio cognitivo que precisa ser superado. Portanto, é necessário incentivar mais investigações sobre a AAE em instituições⁵. Desse modo, esta pesquisa visa descrever os processos de trabalho

no ambulatório regionalizado, Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), em Pirapora-MG, colaborando com o registro da organização de uma instituição de nível secundário à saúde.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que descreve o processo de trabalho pautado nos pressupostos do modelo PASA. Foi utilizado um roteiro para a elaboração do manuscrito, com base na literatura vigente⁸. O referencial foi adotado, visto que se fundamenta na elaboração de relatos baseados em descrições informativas, referenciadas, dialogadas e críticas. Dessa forma, colabora na compreensão dos elementos essenciais para estudos desse delineamento.

Cenário da experiência

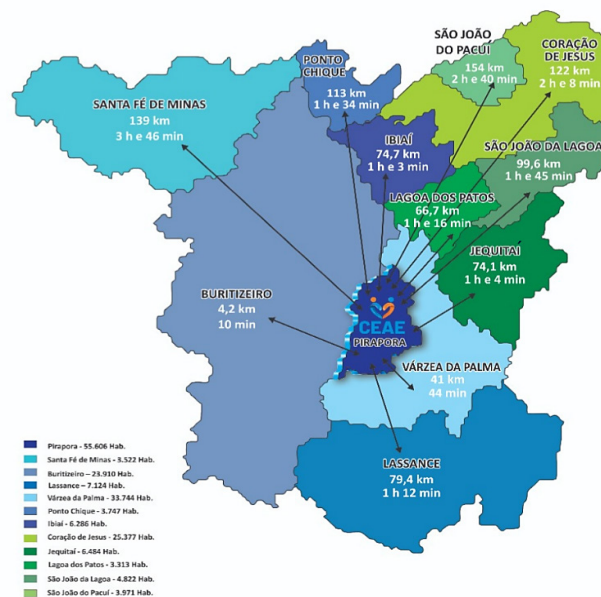
O CEAE configura-se como ponto de atenção da média complexidade ambulatorial, voltado para a atenção materno-infantil de risco, saúde da mulher, com ênfase na propedêutica do câncer de colo de útero e de mama, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e doença renal crônica de alto e muito alto risco, com critérios de atendimento definidos.

O CEAE, localizado em Pirapora, é responsável pelo atendimento da AAE aos municípios da microrregião de Pirapora e Coração de Jesus. A microrregião de Pirapora está situada na Macrorregião Norte de Minas Gerais e está sob a jurisdição da Gerência Regional de Saúde (GRS Pirapora). Ela engloba sete municípios: Pirapora, Buritizeiro, Várzea da Palma, Lassance, Ponto Chique, Ibiaí e Santa Fé, totalizando uma população estimada em 148.213 habitantes^{9,10}. A microrregião de Coração de Jesus, igualmente localizada na Macrorregião Norte de Minas Gerais, é gerida pela Superintendência Regional de Saúde (SRS Montes Claros). Compreende cinco municípios: Coração de Jesus, São João da Lagoa, São João do Pacuí, Lagoa dos Patos e Jequitaiá – com uma população estimada em 47.514 habitantes^{9,10}.

Há atendimento em dez linhas de cuidados (Ginecologia, Obstetrícia, Angiologia, Nefrologia, Oftalmologia, Cardiologia, Endocrinologia, Pediatria, Mastologia e Urologia), equipe multiprofissional (Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Assistência Social

e Farmácia), exames laboratoriais, cardiológicos e de imagem.

A Figura 1 representa o mapa do território de abrangência do CEAE Pirapora.



Fonte: elaboração própria.

Eixo, participantes, recursos e instrumentos da experiência

Este relato de experiência foca no eixo gerencial da assistência. A descrição do serviço foi elaborada a partir da observação, análise e experiência dos pesquisadores. Para a sua realização, foram utilizados os seguintes recursos e instrumentos: documentos, linhas-guia e *guidelines*.

Aspectos Éticos

O relato de experiência não necessitou de submissão e/ou aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo que todos os autores seguiram as legislações vigentes em relação aos preceitos éticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As recentes mudanças realizadas pela PAS apresentam o fortalecimento da RAS, por meio da melhoria da Atenção Secundária pautada no âmbito ambulatorial, em uma rede em que a APS exerce papel protagonista na coordenação do usuário. Desse modo, o conjunto dessas ações resulta em uma rede mais organizada e integral, com acesso equitativo e na utilização eficaz de recursos. Há uma melhora na

qualidade do cuidado por meio da disponibilização de equipamentos e profissionais mais assertivos nos diagnósticos, além de padronizar fluxos de encaminhamentos na rede especializada.

Nesse contexto, destaca-se no estado de Minas Gerais o projeto “Saúde em Rede”, uma parceria entre o CONASS, PROADI-SUS, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP MG) e Secretaria Estadual de Saúde (SES MG), para promover a PAS no estado, tendo como linha de cuidado prioritária a materno-infantil, ofertando subsídios para a organização dos serviços das demais linhas de cuidado de forma orientada e integrada¹¹.

O projeto busca promover mudanças no processo de trabalho do SUS em MG, por intermédio da qualificação e do desenvolvimento das competências dos profissionais para planejar o cuidado em saúde, com foco nas necessidades dos usuários, com vistas ao fortalecimento da RAS. Os resultados do “Saúde em Rede” para o CEAE Pirapora consistem na construção do processo de trabalho instituído pelo modelo de organização da AAE, o modelo PASA. Esses serão apresentados em tópicos, de acordo com os quatro macroprocessos: macroprocesso assistencial, macroprocesso educacional, macroprocesso supervisional e macroprocesso de pesquisa.

Macroprocesso assistencial

O macroprocesso assistencial envolve o atendimento clínico ao usuário por uma equipe multiprofissional, por meio de ciclos de atenção continuada e exames oferecidos na carteira de serviços. O atendimento é agendado para a equipe multiprofissional, sem exclusividade para o médico. Coordenado pelo ponto de apoio, o atendimento garante a integralidade do cuidado e se conclui com um plano de cuidados compartilhado com a Equipe de Saúde da Família (eSF). Na primeira consulta, todos os usuários são atendidos por pelo menos três profissionais, incluindo obrigatoriamente um médico especialista e um enfermeiro para orientações pós-consulta. Nas consultas de retorno, o usuário é encaminhado a um profissional com quem ainda não foi atendido ou retorna ao anterior, se necessário.

A equipe multiprofissional, atuando de maneira interprofissional, atende às necessidades de saúde cada vez mais complexas, rompendo com o modelo dominante do saber médico e promovendo a colaboração entre diversos profissionais¹². O desenvolvimento de habilidades alinhadas aos princípios do PASA

permite a transição de um cuidado uniprofissional, baseado no modelo biomédico, para uma abordagem integrada. Contudo, uma das principais fragilidades nesse processo é a necessidade de profissionais formados sob o paradigma anterior se adaptarem ao modelo PASA, o que representa um desafio diário.

O acesso do usuário ao CEAE destina-se à população com alto ou muito alto grau de risco, baseado nas diretrizes clínicas e no MACC⁵. O MACC é introduzido gradualmente no sistema de saúde para romper com a atenção fragmentada do Modelo de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e com o efeito velcro – vinculação permanente do usuário ao médico especialista, centrada na doença e no saber médico^{5,13}. Para que isso ocorra, é essencial a estratificação de risco da população pelas eSF, identificando usuários que realmente se beneficiam da AAE. Os usuários classificados como de “alto” e “muito alto” risco têm seu cuidado compartilhado e agendado como habitual, urgente ou muito urgente, conforme critérios específicos.

Os usuários que têm o cuidado compartilhado com o CEAE são regulados pela central de regulação, inseridos na fila eletrônica e aguardam o agendamento, sendo avisados pela eSF. O mesmo procedimento é adotado para exames solicitados. Esse processo diverge do modelo PASA, que preconiza que o acesso seja regulado diretamente pelas equipes da APS, fortalecendo-a como coordenadora do cuidado⁵. Porém, destaca-se a necessidade de uma abordagem individualizada para compreender as dificuldades dos municípios e apoiá-los na descentralização do cuidado para a gestão municipal.

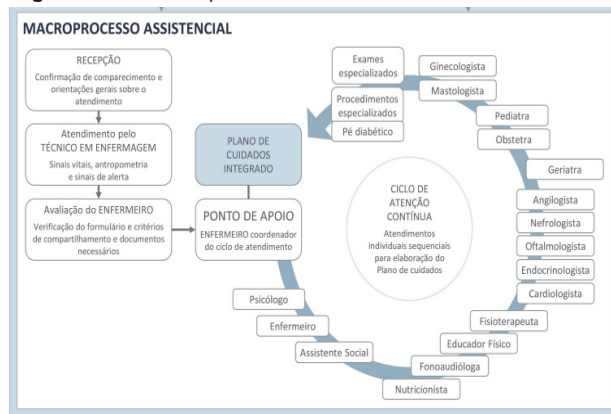
Na prática, observa-se diálogo constante entre os atores do território, e, em diversas situações, a regulação ocorre de forma compartilhada. Nessas ocasiões, o profissional da APS entra em contato com a equipe do CEAE para solicitar prioridade no agendamento, diante do agravamento do quadro clínico. Essas ações interinstitucionais reforçam o compromisso das equipes com o cuidado e demonstram avanços na direção do que preconiza o modelo PASA.

Além disso, recomenda-se o desenvolvimento do plano de cuidados para todos os usuários ao término do atendimento, prática que ainda não é realidade no CEAE em Pirapora. O intenso fluxo de atendimentos e a limitação do tempo de permanência dos profissionais médicos, que não possuem vínculo CLT com o CEAE, justificam a falta de elaboração de planos de cuidados para todos os usuários.

A linha de cuidado materno-infantil é prioritária,

sendo elaborado o plano de cuidados especialmente para gestantes de muito alto risco, que apresentam condições clínicas de difícil estabilização. Com isso, pretende-se garantir um atendimento equitativo, atendendo às necessidades específicas dessas mulheres durante o período gestacional. Porém, todos os usuários, independentemente da linha de cuidados do compartilhamento ao CEAE, são atendidos pela equipe multiprofissional. Esse macroprocesso pode ser evidenciado na Figura 2.

Figura 2 – Macroprocesso Assistencial



Fonte: Mendes⁷.

Macroprocesso educacional

O Macroprocesso Educacional visa fortalecer a função matriciadora e de apoio educacional da AAE para a APS, apoiando os profissionais generalistas com conhecimentos específicos para melhorar o manejo clínico e fortalecer o vínculo entre as equipes. Para os usuários do ambulatório, são realizadas ações educativas, promovendo o autocuidado. Esse avanço gradual permite à equipe da APS, com suporte da AAE, assumir com maior confiança o cuidado de usuários de alto e muito alto risco, desde que estejam clinicamente estáveis. No intuito de fortalecer esse macroprocesso e considerando que a linha de cuidado materno é prioritária, destacam-se as estratégias de apoio matricial e a segunda opinião formativa na linha de cuidados da obstetrícia.

O Apoio Matricial é compreendido como uma metodologia de trabalho que envolve especialistas da AAE e profissionais generalistas da APS. Trata-se de uma possível forma de aumentar a capacidade de resolução das demandas dos usuários acompanhados pelas eSF para uma gestão de casos qualificada e integrada. Porém, fragilidades na comunicação e na compreensão de bases teóricas podem se tornar obstáculos para a estratégia de apoio matricial^{11,13}.

A operacionalização do apoio matricial inclui momentos de discussão de casos clínicos, palestras e *workshops* conduzidos pela equipe da AAE, com temáticas relacionadas à obstetrícia. Podem ser destacados temas relacionados às diretrizes clínicas para tratamento de morbidades na gestação, avaliação de ultrassonografia obstétrica, estratificação do risco gestacional, captação precoce de gestantes, fortalecimento do pré-natal pela Enfermagem e compartilhamento do Plano de Cuidados. Esses encontros são agendados de acordo com horários pactuados com gestores municipais, profissionais da APS e AAE, utilizando-se metodologias adaptativas, e ocorrem presencialmente ou virtualmente por videochamada. Em consonância com a literatura, o apoio matricial não se limita a ser uma estratégia educacional, mas também estabelece um vínculo crucial entre os níveis de atenção¹⁴, demonstrando eficácia e resultados positivos.

Outra ferramenta utilizada é a segunda opinião formativa. Trata-se de uma função pedagógica, desenvolvida por meio de tecnologias de comunicação, com o objetivo de (re)orientar a atuação dos profissionais da APS na tomada de decisão clínica¹¹. No CEAE, a ferramenta utilizada consiste em grupos em aplicativo de mensagem, para auxílio em condutas clínicas e tirar dúvidas antes do compartilhamento do cuidado com o ambulatório, como exames que devem ser solicitados e se há real necessidade da consulta no CEAE. Além disso, o macroprocesso educacional acontece com estratégias de educação em saúde, que incluem atividades realizadas na sala de espera, grupos voltados para pacientes com morbidades específicas, bem como eventos realizados durante meses temáticos destinados a toda a população, com a participação integrada da equipe médica e multiprofissional.

O macroprocesso educacional realizado pela AAE para a APS permite equidade no acesso dos usuários, proximidade do cuidado especializado na realidade das eSF, viabiliza educação permanente mútua e aumento da resolubilidade na APS¹⁵. No entanto, algumas fragilidades são identificadas como barreira para o seu fortalecimento, como: baixo envolvimento dos gestores municipais para flexibilização da agenda dos profissionais e pouco envolvimento de alguns profissionais, o que dificulta significativamente.

Macroprocesso supervisional

Esse macroprocesso relaciona-se à identificação

de oportunidades de melhorias na RAS, apoio institucional das equipes da APS e estabelece, em conjunto ao nível de gestão competente, intervenções para melhor resolução.

O CEAE em Pirapora é a referência para o atendimento em saúde de duas microrregiões. Nesse contexto, é essencial a realização de reuniões entre os gestores municipais para a pactuação e revisão de metas. No âmbito dessas relações intergestores, faz-se necessário buscar o equilíbrio, lidando com elementos como solidariedade, cooperação e eventuais conflitos, visando efetivar a implantação do SUS na região¹⁶. O planejamento anual do CEAE inclui datas para visitas aos municípios para discutir o processo de trabalho, avaliar o acesso dos pacientes, estabelecer metas, identificar fragilidades no território e na RAS e apresentar os resultados do município por especialidade, incluindo o quantitativo de consultas e exames realizados, a taxa de absenteísmo e o demonstrativo financeiro, destacando a economia obtida ao utilizar os serviços do CEAE, que são financiados pela Secretaria Estadual de Saúde.

Essas reuniões ocorrem periodicamente com os gestores do CEAE, o gestor municipal, representante da APS e representante técnica da AAE na gerência regional de saúde, o que envolve o deslocamento para cada localidade. Ademais, quadrimestralmente acontece o "Qualifica CEAE", com o objetivo de promover instâncias de governança local para discussão e fortalecimento da AAE, no município sede, com representação dos gestores de todos os municípios e gerência regional de saúde.

Como resultado desse processo, foi visualizada pela gestão maior adesão dos municípios à carteira de serviços e diminuição da taxa de absenteísmo. Esse progresso é especialmente atribuído à estratégia de apresentação do demonstrativo financeiro. Atualmente, todos os municípios estão utilizando integralmente a cota pactuada e, em muitos casos, solicitam consultas e procedimentos adicionais. Esses avanços só foram possíveis através das reuniões entre gestores e tendo a decisão política do gestor municipal como fator decisivo para esse alcance, ao decidir mudar o modelo de atenção à saúde e o modelo de gestão.

Macroprocesso de pesquisa

Esse macroprocesso se aplica desde a concepção das diretrizes de cuidado e guias de compartilhamento

até as práticas cotidianas, em razão das constantes mudanças nos processos de trabalho com atualização das *guidelines*. Além disso, há espaço dedicado à discussão de artigos científicos entre os membros da equipe multiprofissional.

Vale ressaltar que, no município-sede do CEAE e adjacentes, há programas de residência em medicina de família e comunidade e residência multiprofissional em saúde da família. Com isso, o intuito é trazer esses profissionais para realizar pesquisas nas linhas de cuidados ofertadas e contribuir para a produção de evidências científicas. Quanto a isso, a prática baseada em evidências (PBE) é uma abordagem com notória melhora para a efetividade clínica e capaz de apoiar o profissional de saúde nas suas condutas¹⁷.

Além disso, a PBE apresenta potencial para motivar postura ativa para a aquisição de conhecimentos e aproximação com o contexto do serviço de saúde¹⁸.

Os dados analisados evidenciam as significativas contribuições da Planificação de Atenção à Saúde para o desenvolvimento de uma RAS mais eficiente e integrada. Para os usuários, o sistema proporciona um atendimento multiprofissional mais seguro, baseado na PBE. Para os profissionais, possibilita a adoção de um novo modelo de cuidados. É cada vez mais importante fortalecer os macroprocessos da AAE para promover mudanças nos processos de trabalho e reforçar a capacidade da APS como coordenadora do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reestruturação dos processos de trabalho da AAE por intermédio do modelo PASA demonstra grande potencial para a integração à RAS. Na experiência com os macroprocessos, são notadas limitações e fragilidades, o que demonstra a realidade com determinadas particularidades, compatíveis com as dificuldades dos territórios, dos profissionais e gestores em romper com o modelo biomédico.

Há necessidade de que gestores e a equipe do CEAE analisem continuamente os processos de trabalho, de modo a fortalecer todos os macroprocessos e compreender essa dinâmica como uma construção permanente. Mesmo que parcial, a implementação do modelo PASA tem promovido avanços significativos, contribuindo para a qualificação da RAS e para o aprimoramento do cuidado aos usuários. Observa-se, contudo, que as avaliações sobre a implantação do modelo PASA na AAE ainda são escassas na literatura, o que evidencia a importância de novos estudos que

abordem diferentes contextos, serviços e realidades regionais.

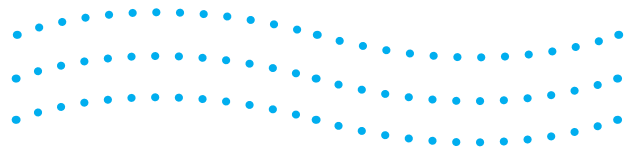
CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Iasmim de Lima Torres contribuiu para a concepção, delineamento, redação e revisão crítica do manuscrito. **Walclísio Alves de Sousa Júnior** e **Daniela Gislei Dias da Silva** contribuíram para a concepção e delineamento do manuscrito. **Samuel Trezena Costa** contribuiu com a redação e a revisão crítica do manuscrito.

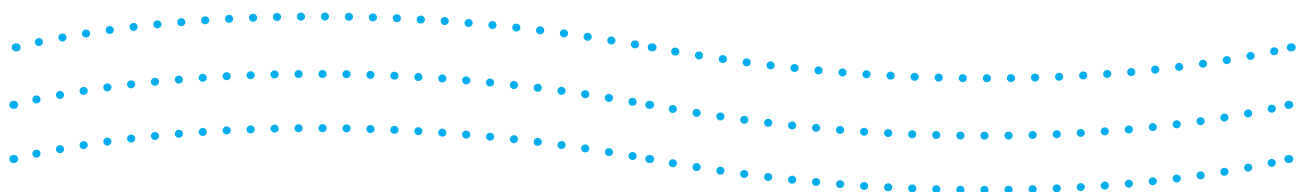
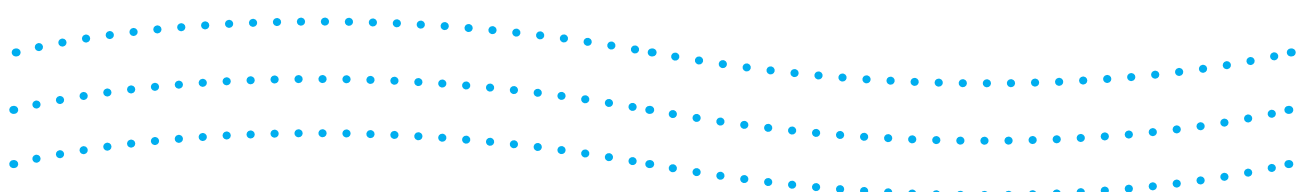
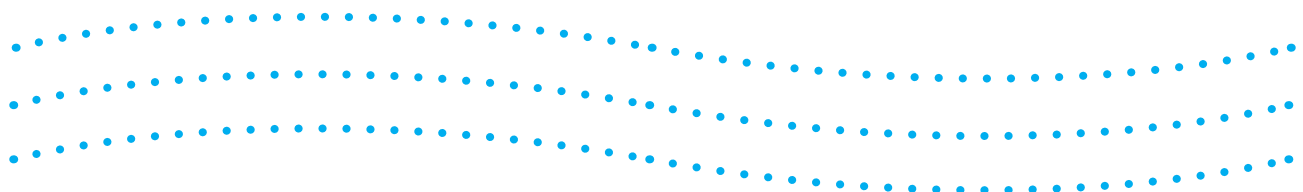
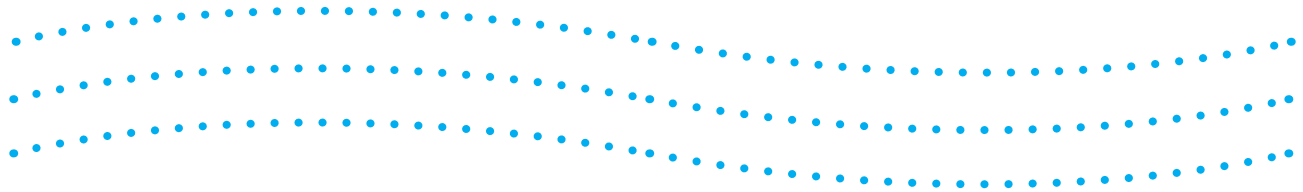
REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário da União [Internet]. Brasília (DF), 2010 [cited 2024 May 26];1:88-93. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html/
2. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. Ciên Saúde Colet [Internet]. 2021 [cited 2024 May 26];26(10):4769-82. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020/>
3. Paiva Neto FT, Rodrigues DB, Rovaris MFS, Paresque MAC. Do litoral à serra: a experiência do PlanificaSUS na atenção primária à saúde em Santa Catarina. Sanare [Internet]. 2020 [cited 2024 May 26];19(1). Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1432/>
4. Ministério da Saúde (BR), Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, Hospital Israelita Albert Einstein. PlanificaSUS: Workshop 1 – Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein; Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde; 2021. 45p.
5. Ministério da Saúde (BR), Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. CONASS DEBATE: Inovação da Atenção Ambulatorial Especializada. São Paulo: Ministério da Saúde; Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein; Hospital Israelita Albert Einstein; 2019. 48p.
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.
7. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2019.
8. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. RPE [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 26];17(48):60-77. Available from: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010/>
9. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (BR). Estudos Assistenciais e Regionalização [Internet]. [cited 2024 May 6]. Available from: <https://www.saude.mg.gov.br/estudos-assistenciais-e-regionalizacao/>
10. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Macrorregiões e Regiões de Saúde. CONASEMS [Internet]. [cited 2024 May 20]. Available from: <https://paineis.conasems.org.br/>
11. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG). Guia das Oficinas Tutoriais da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE): Projeto Saúde em Rede. ESP-MG: Belo Horizonte; 2021.
12. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab Educ Saúde [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 26];18:e0024678. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246/>
13. Marques FRDM, Pires GAR, Baldissera VDA, Paiano M, Carreira L, Salci MA. Matrix support in specialized care backed by the care model for chronic conditions: evaluative research. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 11];44:e20220166. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220166.en/>
14. Guedes BAP, Vale FLB, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. Ciên Saúde Colet [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 26];24(6):2125-34. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08632019/>
15. Tesser CD, Poli P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Ciên Saúde Colet [Internet]. 2017 [cited 2024 Apr 12];22(3):941-51. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
16. Almeida LL. A governança na região de saúde. Consensus [Internet]. 2016 [cited 2024 May 12]. Available from: https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_21.pdf/

17. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz L. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. Physis [Internet]. 2020 [cited 2024 May 14];30(2):e300232. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300232/>



18. Ferraz L, Schneider LR, Pereira RPG, Pereira AMRC. Ensino e aprendizagem da prática baseada em evidências nos cursos de Enfermagem e Medicina. Rev Bras Estud Pedagog [Internet]. 2020 [cited 2024 May 12];101(257):237-50. Available from: <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.101i257.4424/>



PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

HEALTH PLANNING IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: AN EXPERIENCE REPORT

PLANIFICACIÓN EN SALUD EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Técia Mendes Daltro Borges ¹Alcimara dos Santos Brito ²Ana Áurea Alcécio de Oliveira Rodrigues ³Jamile de Oliveira Azevedo ⁴Laura Vitória Noronha Pinheiro ⁵Thaynara Oliveira Militão ⁶**Como Citar:**

Borges TMD, Brito AS, Rodrigues AAAO, Azevedo JO, Pinheiro LVN, Militão TO. Planejamento em saúde na Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência. *Sanare*. 2025;24(2).

Descritores:

Planejamento em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Residência Multiprofissional; Fluxo de Trabalho.

Descriptors:

Health Planning; Family Health Strategy; Multiprofessional Residency; Workflow.

Descriptores:

Planificación en Salud; Estrategia de Salud de la Familia; Residencia Multiprofesional; Flujo de Trabajo.

Submetido:

27/02/2024

Aprovado:

20/10/2025

Autor(a) para Correspondência:

Técia Mendes Daltro Borges.
Univ. Est. de Feira de Santana (UEFS)
Departamento de Saúde – Módulo VI.
End: Av. Transnordestina, s/n. -
Novo Horizonte.
CEP 44036-900 - Feira de Santana-
Bahia, Brasil.
Email: tmdborges@uefs.br

RESUMO

Objetivou-se, neste artigo, relatar a experiência de residentes no desenvolvimento de uma ação de reorganização do processo de trabalho, a partir da sensibilização da equipe acerca do planejamento em saúde. A experiência ocorreu em dois momentos, cada um com cerca de duas horas, entre os meses de novembro e dezembro de 2022, tendo sido realizada com 15 profissionais de uma equipe de Saúde da Família. No primeiro momento, o grupo foi estimulado a pensar sobre o planejamento a partir da construção de uma árvore de problemas, levantando as dificuldades e facilidades da prática do planejamento em saúde. No segundo momento, construiu-se um cronograma de atendimento dos profissionais da equipe para ser exposto no mural da unidade. O apoio da gestão municipal e o engajamento recíproco da equipe foram identificados como facilidades para a inserção do planejamento no processo de trabalho. Por sua vez, o financiamento da Atenção Primária, a sobrecarga de trabalho e aspectos de saúde mental foram apontados como entraves. A inserção da prática do planejamento na rotina da equipe é processual e a residência multiprofissional em saúde, inserida no cotidiano dos serviços, pode potencializar a qualificação dos profissionais.

1. Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Pública pela FSP-USP. Professora Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). E-mail: tmdborges@uefs.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8647-1257>.

2. Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). E-mail: mara.hope7@outlook.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3366-3666>.

3. Cirurgiã-dentista. Doutora em Difusão de Conhecimento pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). E-mail: alecio@uefs.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0204-0754>.

4. Cirurgiã-dentista. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). E-mail: azevedo.mille@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7579-1463>.

5. Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: lauravnoronha@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4590-4145>.

6. Farmacêutica. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). E-mail: thaynaraomilitao@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0043-4090>

ABSTRACT

This article aims to describe the experience of health residents in developing an intervention focused on reorganizing the work process through team awareness regarding health planning. The experience took place in two sessions, each lasting approximately two hours, between November and December 2022, involving 15 professionals from a Family Health Team. In the first session, the group was encouraged to reflect on planning by constructing a problem tree, identifying both challenges and facilitators related to health planning practices. In the second session, a service schedule for the team professionals was created to be displayed on the unit's bulletin board. Support from municipal management and the team's mutual engagement were identified as facilitators for incorporating planning into the work process. Whereas primary care funding, work overload, and mental health issues were identified as barriers. The integration of planning practices into the team's routine is a gradual process, and the multiprofessional health residency program, embedded in daily service activities, can enhance the professional development of the team members.

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue relatar la experiencia de residentes en el desarrollo de una acción de reorganización del proceso de trabajo, a partir de la sensibilización del equipo acerca de la planificación en salud. La experiencia se llevó a cabo en dos momentos, cada uno con una duración aproximada de dos horas, entre los meses de noviembre y diciembre de 2022, y contó con la participación de 15 profesionales de un Equipo de Salud de la Familia. En el primer momento, el grupo fue estimulado a reflexionar sobre la planificación a partir de la construcción de un árbol de problemas, identificando dificultades y facilidades en la práctica del planeamiento en salud. En el segundo momento, se elaboró un cronograma de atención de los profesionales del equipo para ser expuesto en el mural de la unidad. El apoyo de la gestión municipal y el compromiso recíproco del equipo fueron identificados como facilitadores para la inserción de la planificación en el proceso de trabajo. Por su parte, el financiamiento de la Atención Primaria, la sobrecarga laboral y aspectos relacionados con la salud mental fueron señalados como obstáculos. La inserción de la práctica de la planificación en la rutina del equipo es un proceso gradual, y la residencia multiprofesional en salud, al integrarse al cotidiano de los servicios, puede potenciar la cualificación de los profesionales.

.....

INTRODUÇÃO

O planejamento em saúde se configura como um importante instrumento de gestão que objetiva o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando a resolutividade da equipe e impactando na situação de saúde, a partir de subsídios metodológicos para identificar, selecionar, priorizar e acompanhar os principais problemas e necessidades de saúde e dos serviços de saúde a serem enfrentados^{1,2}.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), as equipes de saúde da família (eSF) são responsáveis pela ordenação da rede e coordenação do cuidado baseado nas necessidades do seu território de abrangência. Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem, dentre as suas diretrizes, o compromisso de ampliar a resolutividade e modificar a situação de saúde das pessoas e do coletivo, adotando o planejamento e a programação como norteadores do desenvolvimento de ações, de acordo com a realidade local^{3,4}.

De acordo com a Política Nacional da Atenção

Básica (PNAB)³, “planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações; estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação [...]” são algumas das competências da ESF. No que tange às ações de planejamento, cabe destacar que o ato de planejar é uma ferramenta do processo de gerenciamento, primordial para evitar improvisações, favorecendo a consolidação da ESF na reorientação da Atenção Básica (AB)^{3,5}.

Assim, as mudanças que ocorrem dentro e fora do setor saúde necessitam de novas formas de gestão que as acompanhem, sendo o planejamento um forte colaborador para o desenvolvimento de uma gestão descentralizada, focada na resolução de problemas. Contudo, existem lacunas entre a teoria e a prática, visto que as equipes acabam executando, no cotidiano, atividades de forma inadequada, ineficiente e desarticulada, apenas seguindo ordens verticalizadas determinadas pelos seus dirigentes⁶.

A qualidade da assistência na rede depende

também das informações geradas a partir dos serviços produzidos pelos profissionais; entretanto, percebe-se que existe uma dificuldade no retorno desses dados, o que pode comprometer o planejamento das ações⁷. De acordo com Costa e colaboradores⁸, as equipes de saúde tendem a não realizar ações baseadas em sua situação de saúde. Nesse contexto, destacam-se os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde como modalidade de pós-graduação *lato sensu* caracterizada pela formação em serviço, que desempenham um importante papel ao impulsionarem a qualificação dos profissionais de saúde no serviço, com o intuito de estimular a reorientação e organização do seu processo de trabalho no âmbito da saúde pública por meio do planejamento^{9,10}.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) oferece 10 vagas anuais que contemplam cinco categorias profissionais, sendo elas: odontologia, farmácia, enfermagem, psicologia e educação física, que atuam em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do território de um município do interior da Bahia. Partindo do cotidiano dessa prática, identificou-se a fragilidade no planejamento das ações de saúde em uma das eSF, em que os profissionais pouco discutiam as problemáticas de saúde do seu território e tampouco articulavam ações para o seu enfrentamento. As reuniões de equipe, espaços propícios para tais debates, eram utilizadas apenas para repasses de informações de maneira verticalizada.

O presente relato denota a sua relevância e contribuições, uma vez que busca evidenciar o planejamento em saúde enquanto ferramenta do gerenciamento ainda pouco utilizada. Além disso, vale também destacar que o planejamento em saúde se apresenta como estratégia fundamental para a continuidade do cuidado, um dos atributos da APS, contribuindo, inclusive, para o fortalecimento do vínculo entre usuário e equipe de saúde. Diante do exposto, este estudo objetivou relatar a experiência de uma equipe multiprofissional de residentes em Saúde da Família durante o desenvolvimento de uma estratégia de reorganização do processo de trabalho, a partir da sensibilização da eSF do município de Santo Estêvão, Bahia, Brasil, acerca do planejamento em saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, realizado por residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Feira de Santana (RMSF-UEFS), a partir da vivência experienciada no período de novembro a dezembro de 2022, em Santo Estêvão, município brasileiro do estado da Bahia, localizado a aproximadamente 154 km da capital baiana e situado na região do Vale do Paraguaçu. De acordo com o Censo de 2022, estima-se que há cerca de 52.276 pessoas vivendo na cidade¹¹. O município é polo da RMSF-UEFS e possui como referência as unidades de saúde da família (USF) Tobias Alves dos Santos, dividida em duas equipes (eSF I e eSF II), e a USF Clóvis Pires Magalhães, em que as atividades do programa são desenvolvidas.

A USF Tobias Alves dos Santos está localizada no Conjunto da Urbis, zona urbana do município. O território de abrangência da eSF II é dividido em oito microáreas e faz a cobertura de um total de 5.738 usuários adscritos ao serviço. A equipe da unidade é composta por uma enfermeira, um médico, um dentista, oito agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, um auxiliar de serviços gerais e dois auxiliares administrativos. Além disso, conta com o apoio da Equipe Multiprofissional em Saúde do município, constituída por um psicólogo, um profissional de educação física, um nutricionista e um assistente social.

A experiência se deu em dois momentos, cada um com cerca de duas horas, no turno da manhã, em formato de roda de conversa. De acordo com Oliveira¹², em uma roda de conversa a figura do palestrante some e as pessoas são estimuladas a falar. Há, então, a priorização de um tema sobre o qual haverá um diálogo, construindo-se um espaço de pensar compartilhado, podendo haver ainda ressignificação de conhecimentos e sentidos sobre as vivências dos envolvidos.

No primeiro encontro, buscou-se compreender o entendimento da equipe sobre planejamento em saúde e quais suas experiências prévias, dificuldades e facilidades com a temática; em seguida, utilizou-se a ferramenta da árvore de problemas como instrumento para propor mudanças programadas ou impostas. Ainda nesse primeiro encontro, ao propor a construção da árvore de problemas junto com a equipe, vale destacar que foi considerada a realidade

do processo de trabalho local, de modo que os(as) participantes pudessem identificar os problemas, seguida da orientação e continuidade da descrição das causas, consequências e possíveis soluções. No segundo encontro, foi proposta e executada a elaboração de um cronograma de atendimento da equipe para socializar entre os profissionais e a comunidade, acerca das linhas de cuidados e demais atividades realizadas na unidade por cada integrante da equipe. Cabe ressaltar que, nesse encontro, apenas não participaram as técnicas de enfermagem, a auxiliar de serviços gerais e uma das auxiliares administrativas, pois não compareceram à reunião.

Considerando que o presente relato discorreu sobre as experiências das autoras relacionadas à atividade desenvolvida, não ocorrendo a exposição de fotos, nomes, falas ou outros elementos identificadores das participantes, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade vinculada, como preconizado pelo inciso VII, do artigo 1º da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, estando em conformidade com a preservação de identidade e integridade das pessoas e instituições envolvidas.

RESULTADOS

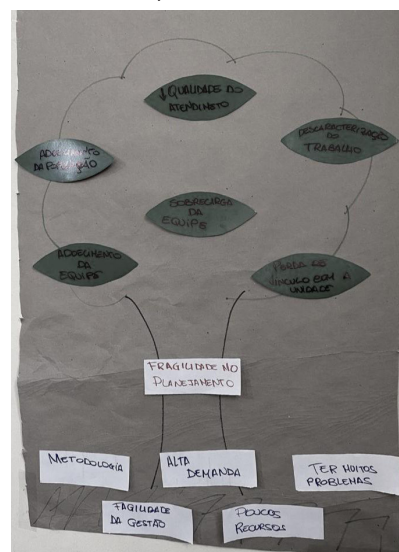
Realizou-se uma oficina de sensibilização com uma eSF do município de Santo Estêvão, Bahia, acerca da importância do planejamento em saúde. A demanda surgiu por intermédio da observação e acompanhamento das atividades cotidianas da unidade pelos residentes, que durante as reuniões de equipe notaram fragilidade nos planejamentos das ações de saúde, a saber, além de não serem feitos com frequência, não eram realizados a partir das necessidades locais.

Diante desse contexto, foram realizadas duas oficinas com a equipe. No primeiro encontro, discutiu-se a importância da realização do planejamento local para nortear as ações e a atuação da equipe no que diz respeito aos problemas de saúde do seu território. Além disso, a equipe foi estimulada a identificar os principais desafios encontrados e a reconhecer a necessidade de alinhar as ações em saúde com a realidade local. Buscou-se, ainda, fortalecer a construção interprofissional do fazer em equipe, trazendo como base as experiências exitosas da Residência Multiprofissional na utilização da ferramenta de planejamento desenvolvida com a equipe multiprofissional do município.

A partir disso, foram trazidos para a discussão alguns pontos acerca do tema, tentando identificar nas falas dos(as) participantes o motivo pelo qual a equipe não utilizava os momentos de reunião para estruturar um planejamento conforme a realidade local, mas apenas para repassar informes. De acordo com o relato de alguns agentes comunitários de saúde, antes da pandemia de covid-19, a enfermeira da unidade estabelecia um planejamento anual. Isso evidenciou os impactos da situação sanitária do país no processo de trabalho dessa equipe, bem como a necessidade de resgatar a construção coletiva do planejamento.

Após a discussão, construiu-se a “árvore de problemas”, tendo como problemática a ausência de planejamento da equipe (Figura 1). Daí, foram levantados alguns pontos importantes que caracterizavam as causas que culminaram na problemática, tais como: ausência da gestão na construção e no incentivo das ações propostas; a falta de engajamento da equipe, de forma mútua, em construir o planejamento baseado nas necessidades encontradas no território; a alta demanda de serviços; os recursos financeiros escassos; além da falta de conhecimento da equipe sobre as ferramentas de planejamento. Como consequências, os profissionais destacaram a sobrecarga da equipe, a diminuição da qualidade do atendimento, o adoecimento da população e da equipe e a perda de vínculo dos usuários com a unidade de saúde. Tratando-se da sobrecarga, mencionaram sentimentos como frustração, cansaço e estresse associados ao processo de trabalho.

Figura 1 – Árvore de problemas



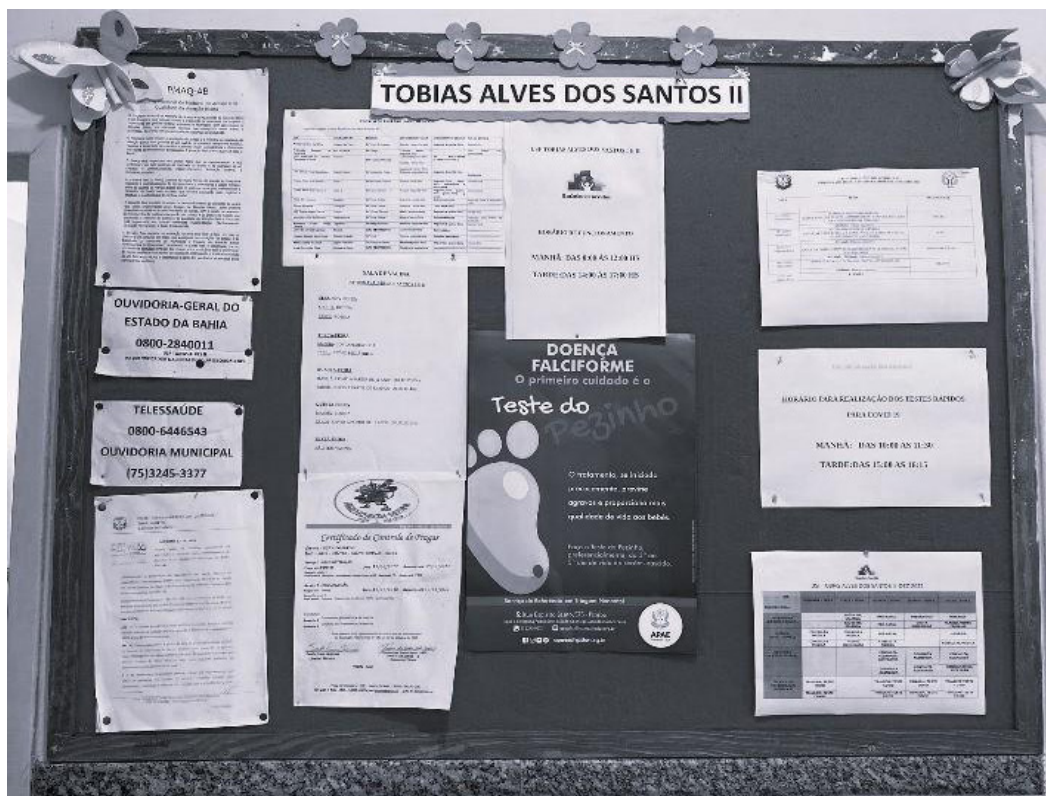
Fonte: acervo próprio, 2022.

Finalizada a “árvore de problemas”, seguiu-se para a reflexão sobre as soluções a serem trazidas para aquelas problemáticas, tendo como objetivo geral o fortalecimento da cultura do planejamento. Como estratégias para alcançá-lo, foram sugeridas: a priorização dos problemas, o diálogo com a gestão, a estruturação da reunião de equipe e o engajamento dos profissionais, obtendo, assim, a melhoria da qualidade de vida da população e da equipe, maior qualidade dos atendimentos, menor sobrecarga de trabalho e aumento do vínculo dos usuários com a unidade. Como meta desse primeiro momento foi acordado que na reunião subsequente haveria a elaboração de um cronograma de equipe, para que os profissionais pudessem compreender qual a linha de cuidado e os dias de atendimento de cada integrante da equipe, assim, a própria comunidade teria acesso a essas informações inseridas no mural da unidade.

No segundo encontro, a equipe construiu um cronograma de atendimento mensal da unidade, de modo que foram fixadas as datas das reuniões mensais para o ano todo. Também ficou acordado que as reuniões fossem utilizadas como um espaço de construção coletiva do planejamento com base nos problemas identificados no território. Além da elaboração do cronograma de equipe, foram discutidos alguns problemas locais, como a necessidade de realizar um mutirão de Hiperdia, com usuários hipertensos e diabéticos, enquanto estratégia para alcançar os indicadores do Previne Brasil no primeiro quadrimestre de 2023, bem como a organização do fluxo de realização dos testes de covid-19 na unidade. Nesse encontro, foi possível observar que os profissionais começaram a utilizar a reunião como espaço para discutir problemas e traçar estratégias para a resolução dos desafios identificados.

Após a realização das oficinas, foi perceptível uma mudança na atitude da enfermeira que coordena a unidade, com a organização da escala mensal de atividades da equipe e exposição no mural localizado na recepção, além da exibição da relação nominal dos profissionais com suas respectivas funções, construção do cronograma anual de reuniões, estabelecimento de datas para a realização de ações importantes a serem efetivadas durante o ano, tais como o Programa Saúde na Escola (PSE) (Figura 2). Contudo, percebe-se que essa função ainda é vista como responsabilidade exclusiva da enfermeira, tendo em vista que foi a única profissional a se mobilizar para organizar as demandas identificadas.

Figura 2 – Mural exposto pela enfermeira na recepção da unidade



Fonte: acervo próprio, 2022.

DISCUSSÃO

O planejamento tem por conceito um processo linear e dinâmico pautado em metas e planos organizados e direcionados para o alcance de um determinado objetivo, oportunizando a tomada de decisões. Desse modo, o planejamento dispensa improvisações e permite decidir onde se quer chegar; com isso, acredita-se que é possível transformar ideias em ação, fazendo o futuro acontecer¹³. Apesar de a literatura apontar a importância do Planejamento em Saúde, percebe-se que essa ação ainda é um dos maiores desafios para a ESF¹⁴. A alta demanda e a precarização do trabalho podem contribuir para a compreensão dessa problemática, bem como no adoecimento mental dos profissionais de saúde.

Na experiência vivenciada, percebeu-se a dificuldade encontrada pela equipe para realizar o planejamento, e, embora alguns profissionais tenham sido sensibilizados quanto à relevância do planejamento, inúmeras dificuldades concorrem para a sua não execução. A eSF que foi alvo da oficina possui uma população adscrita maior do que o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica e, além disso, divide o espaço com outra eSF, que também já ultrapassou esse limite, situação que ocasiona sobrecarga para a equipe e fragiliza o processo de construção do planejamento.

A pandemia por covid-19, entre outros prejuízos, comprometeu o processo de planejamento da USF, como foi observado por alguns profissionais, pois, segundo eles, antes da crise sanitária havia, pelo menos, um processo de planejamento anual. Essa realidade destoa, no entanto, do estudo realizado por Biscarde e colaboradores¹⁵, no qual afirmam que o fator que impacta na ausência do planejamento e a programação local em saúde é a deficiência na análise dos indicadores de saúde e demais elementos da rede sociocomunitária, ou seja, questões anteriores à pandemia que se tornaram mais evidentes após a sua ocorrência.

Outro ponto importante diz respeito ao envolvimento da gestão e demais membros da equipe nesse processo de planejamento. Dentre os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), os modos de cuidar são inseparáveis dos modos de gerir e se apropriar do trabalho. Portanto, a inclusão de todos os sujeitos nos processos de produção de saúde, de modo que sejam capazes de viabilizar mudanças na gestão, aumenta o grau de

comunicação e afirma a indissociabilidade entre a gestão, atenção e a corresponsabilização dos atores desse processo: gestores, usuários e trabalhadores¹⁶. Dessa forma, uma equipe que não considera a gestão e uns aos outros como aliados nesse processo pode encontrar dificuldade em inserir o planejamento em saúde no seu trabalho.

O Planejamento em Saúde pode facilitar a corresponsabilização entre os atores sociais envolvidos nas mudanças e melhorias da situação de saúde, além de oferecer um nível considerável de previsibilidade sobre os resultados das ações, dentre outros benefícios. Nesse sentido, é possível também questionar até que ponto esses trabalhadores e trabalhadoras se reconhecem como responsáveis pela gestão de sua unidade de saúde, uma vez que essa responsabilidade deve ser de domínio tanto do usuário que frequenta o serviço quanto do(a) trabalhador(a). O engajamento da equipe no processo de gestão e no processo de cuidar é de suma importância para o bom funcionamento do serviço, reconhecendo as dificuldades da rede e buscando, juntos, com corresponsabilidade, soluções para os problemas do dia a dia da unidade¹⁷. Para tanto, não se pode negligenciar o papel da gestão municipal no investimento de ferramentas que mudem ou provoquem alterações na dinâmica do trabalho em saúde e nos afazeres do cotidiano de cada profissional. É preciso também identificar, nessas equipes, os elementos que configuram uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde¹⁸.

Dito isso, uma das principais dificuldades identificadas foi a sensibilização da equipe quanto à importância de incorporar o Planejamento em Saúde como prática contínua, capaz de produzir impactos positivos a longo prazo. Notou-se, entretanto, que a ausência de resultados imediatos gerava certa resistência, especialmente por implicar mudanças na rotina e na forma consolidada de organização do trabalho daqueles profissionais. Contudo, o acolhimento, a escuta qualificada e o vínculo construídos entre os profissionais e os residentes favoreceram a adesão ao processo, transformando a resistência inicial em engajamento, potencialidades e aprendizado coletivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da experiência relatada, percebeu-se que a inserção da prática do planejamento na

rotina da equipe é processual, não sendo possível, apenas com dois encontros, modificar algo que está também determinado pelas próprias condições de trabalho. Nesse sentido, é necessário que o incentivo à prática seja realizado pela coordenação da Atenção Básica, no cotidiano das atividades, para além da educação permanente. Nessa lógica, as residências multiprofissionais em saúde podem ser potentes no cotidiano de práticas dos serviços de saúde, especialmente incentivando a qualificação dos profissionais e estimulando a reorientação dos processos de trabalho por meio do planejamento.

O Planejamento em Saúde é um desafio que demanda maiores esforços e estratégias para o seu fortalecimento dentro do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Além disso, a experiência suscitou a importância de considerar os anseios e necessidades da equipe a partir de sua subjetividade. Promover uma oficina de sensibilização também exigiu dos residentes um olhar solidário e compreensivo para entender que seu papel no apoio às ações da equipe não pode ser o de reforçar a mera transmissão de conhecimento, e sim de escutar e compreender os trabalhadores dentro do seu contexto.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Alcimara Brito, Jamile Azevedo, Laura Noronha e Thaynara Militão contribuíram para o planejamento, execução, avaliação da experiência grupal e escrita científica do manuscrito. **Técia Mendes Dalto Borges e Ana Áurea Alécio** contribuíram para a correção, revisão e escrita do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Santos ALS, Souza MKB. Planejamento na estratégia saúde da família: contribuições da residência multiprofissional para as práticas nos serviços. *Rev Baiana de Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 12];44(1):126-42. Available from: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3183/2817>
2. Garcia PT, Reis RS. Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão. *UNASUS* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jan 09]. Available from: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10498>
3. Oliveira JS, Nunes CA, Vilasbôas ALQ. Práticas de planejamento e programação na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa.

Divulg Saúde Debate [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 09];(58):130-42. Available from: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/29858>

4. 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). *Diário Oficial da União*. 2017;(1):68. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

5. Jesus MA, Souza MKB. Concepções, estratégias e usos do planejamento na gerência em Unidades de Saúde da Família. *Rev APS* [Internet]. 29º de janeiro de 2022 [cited 2024 Jan 10];24(3). Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15815>

6. Figueiredo IDT, Torres GMC, Cândido JAB, Moraes APP, Pinto AGA, Almeida MI. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 10];8(1):27-38. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497962779006/html/>

7. Recktenwaldt M, Junges JR. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. *Saúde Soc* [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 1];26(2):367-81. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cPLsQ6RrbSxK54XLN3rtjyy/?format=pdf&lang=pt>

8. Costa ILOF, Trindade CBS, Ferreira IP, Nunes SF, Santos VRC, Lima VLA, et al. Vigilância em Saúde e planejamento e avaliação em Unidades de Saúde da Família: Estudo qualitativo. *Res Soc Dev* [Internet]. 2021;10(6):e60010616275 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/16275/14350/206053>

9. BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens- ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude- CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2005;(1):1-1. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm

10. Medeiros AM, Silva JN, Santos LMS, Souza MCM, Silva MCM, Santos RCD, et al. A vivência da Residência Multiprofissional em Odontologia da Estratégia Saúde da Família na coordenação estadual de Saúde Bucal do Pará. *Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 10];4 (Suplemento 1). Available

from: <http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/13CRU/13CRU/paper/view/1297>

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE [cited 2024 Jan 09];2022. Available from: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=2928802&tema=1>

12. Oliveira AEA. Roda de Conversa e Círculo de Cultura: Instrumentos com Potencial de Mobilização e Emancipação. Revista panorâmica [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 9]. Available from: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/revistapanoramica/index.php/revistapanoramica/article/view/1408>

13. Gomes RML. Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família. Recife: Ed. Universitária da UFPE [Internet]; 2015 [cited 2024 Jan 9]. Available from: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3334/1/4proc_trabalho_2016.pdf

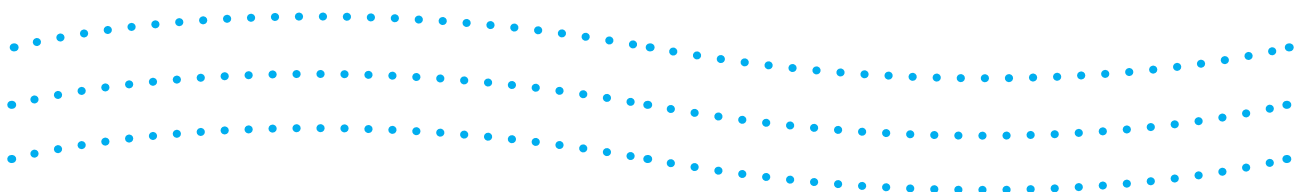
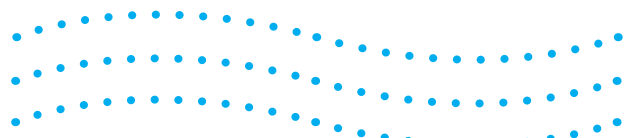
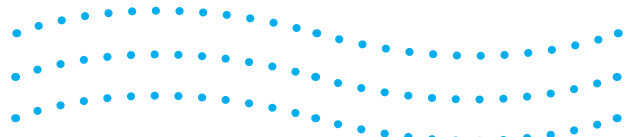
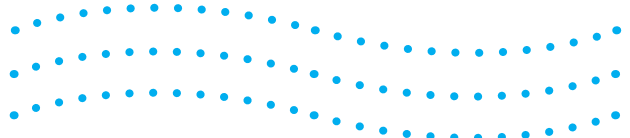
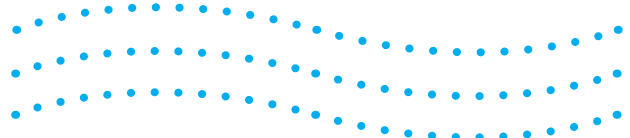
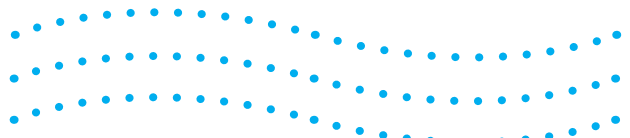
14. Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos GW, editor. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 767-82.

15. Biscarde DGS, Souza EA, Pinto KA, Silva LA, Silva MA, Gusmão MEN. Atenção primária à saúde e COVID-19: desafios para universidades, trabalhadores e gestores em saúde. Rev baiana enferm [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 9];36. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37824>

16. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional humanização [Internet]. 2004 [cited 2024 Jan 9]. Available from: www.saude.gov.br/humanizasus

17. Campos RO. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. Saúde Debate [Internet]. 2003 [cited 2024 Jan 9];27(64):123-30. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-390410>

18. Santana JP. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2000. p. 1-86.



OFICINA DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM FOCO NA INTERPROFISSIONALIDADE

INTERPERSONAL RELATIONS WORKSHOP IN PRIMARY HEALTH CARE WITH A FOCUS ON INTERPROFISSIONALITY

TALLER DE RELACIONES INTERPERSONALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CON ENFOQUE EN LA INTERPROFISIONALIDAD

Ana Auriane Marques Xavier ¹

Sabrina Morais Lopes ²

Karina Oliveira de Mesquita ³

Iracema Ponte Bento Trindade Escossio ⁴

Camilla Araújo Vieira Lopes ⁵

Maria Socorro de Araújo Dias ⁶

Jacques Antônio Cavalcante Maciel ⁷

Como Citar:

Xavier AAM, Lopes SM, Mesquita KO, Escossio IPBT, Lopes CAV, Dias MSA, Maciel JAC. Rede de cuidados à pessoa com deficiência em uma região de saúde. *Sanare*. 2025;24(2).

Descritores:

Relações Interpessoais; Atenção Primária à Saúde; Educação Interprofissional.

Descriptors:

Interpersonal Relations; Primary Health Care; Interprofessional Education.

Descriptores:

Relaciones Interpersonales; Atención Primaria de Salud; Educación Interprofesional.

Submetido:

18/11/2020

Aprovado:

16/10/2025

Autor(a) para Correspondência:

Ana Auriane Marques Xavier
Endereço profissional: CE 178 S/N,
Conj. Veneza, Santana do Acaraú/CE.
CEP: 62150-000
E-mail: aurianexavier47@gmail.com.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de realização de oficinas sobre relações interpessoais com as equipes da Estratégia Saúde da Família no município de Sobral, Ceará. Trata-se de um relato de experiência acerca do desenvolvimento de ações educativas fundamentadas na Metodologia da Problematização, seguindo os princípios do Arco de Charles Maguerez, proposta pelo grupo tutorial do PET-Saúde/Interprofissionalidade, com o propósito de trabalhar as relações interpessoais de diferentes categorias profissionais na atenção primária. As atividades foram desenvolvidas em maio de 2019. As intervenções possibilitaram uma reflexão sobre as situações vivenciadas na dinâmica do trabalho em saúde, despertando uma perspectiva crítico-reflexiva acerca das relações interpessoais das equipes nesse contexto. Essa abordagem permitiu oportunidades para o desenvolvimento de competências voltadas ao aprimoramento das interações e à transformação da realidade social. A utilização da estratégia do Arco de Maguerez favoreceu o reconhecimento da relevância do trabalho interprofissional nos serviços de saúde e contribuiu para o desenvolvimento de competências colaborativas entre os participantes.

1. Enfermeira (UVA). E-mail: aurianexavier47@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2878-3612>.

2. Diretora do Departamento Financeiro. Servidora Pública. E-mail: sabrinamoraeslopes@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1410-7282>

3. Doutoranda em saúde da Família (UVA/RENASF). E-mail: karinamesquita1991@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1528-5339>.

4. Bacharelado em Nutrição (INTA) e Especialista em Vigilância Sanitária de Alimentos (UECE). E-mail: iracemaponte0@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0688-4903>.

5. Pós Doutora em Psicanálise. E-mail: Tgd.camilla@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1706-3772>.

6. Doutora com pós doutoramento. E-mail: socorroad@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7813-547X>.

7. Cirurgião-Dentista (UFC), Mestre em Saúde da Família (UFC), Doutor em Odontologia (UFC). Professor do Curso de Odontologia da UFC, Campus Sobral. E-mail: jacques.maciel@sobral.ufc.br. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2293-8433>.

ABSTRACT

This study aims to report the experience of interpersonal relations workshops with the Family Health Strategy teams in the municipality of Sobral, Ceará. It is an experience report on the development of educational actions based on the Problem-solving Methodology, following the principles of Charles Maguerez's Arch, proposed by the tutorial group of PET-Saúde/ Interprofissionalidade, aimed at address the interpersonal relationships among different professional categories in primary care. The activities were carried out in May 2019. The interventions facilitated reflection on the situations experienced within the dynamics of healthcare work, fostering a critical-reflective perspective about the teams' interpersonal relationships in this context. This approach created opportunities for developing competencies aimed at enhancing interactions and transforming social reality. The use of the Maguerez's Arch strategy promoted the recognition of the relevance of interprofessional work in health services and contributed to the development of collaborative skills.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo relatar la experiencia de realización de talleres sobre relaciones interpersonales con los equipos de la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Sobral, Ceará. Se trata de un relato de experiencia sobre el desarrollo de acciones educativas fundamentadas en la Metodología de Problematización, siguiendo los principios del Arco de Carlos Maguerez, propuesta por el grupo tutorial de PET-Saúde/Interprofesionalidad, con el propósito de trabajar las relaciones interpersonales entre diferentes categorías profesionales en la Atención Primaria de Salud. Las actividades se desarrollaron en mayo de 2019. Las intervenciones permitieron una reflexión sobre las situaciones vivenciadas en la dinámica del trabajo en salud, despertando una perspectiva crítico-reflexiva sobre las relaciones interpersonales de los equipos en este contexto. Este enfoque permitió oportunidades para el desarrollo de competencias orientadas al perfeccionamiento de las interacciones y a la transformación de la realidad social. El uso de la estrategia Arco de Maguerez favoreció el reconocimiento de la importancia del trabajo interprofesional en los servicios de salud y contribuyó al desarrollo de competencia colaborativas entre los participantes.

.....

INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Interprofissionalidade 2019-2021), lançado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), busca a qualificação dos profissionais de saúde, promovendo a integração do ensino, serviço, comunidade, articulada à Educação Interprofissional (EIP) e à prática colaborativa¹. A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto cenário de prática na formação em saúde, exerce papel fundamental na aprendizagem de futuros profissionais, ao possibilitar a aproximação com a realidade social e a interação entre estudantes de diferentes cursos, configurando-se como espaço potencial para o desenvolvimento de EIP e da colaboração².

Desde os anos 2000, o trabalho em equipe tem sido associado à prática colaborativa, uma vez que a mera existência de equipes integradas e efetivas não é suficiente para aprimorar a qualidade da atenção à saúde. É necessário que haja a colaboração efetiva entre diferentes profissionais, e não apenas entre membros de uma mesma categoria, mas entre todos aqueles que compõem o sistema de saúde e que

possam colaborar entre si. Assim, a construção do trabalho em equipe envolve um processo complexo e dinâmico, no qual os profissionais se conhecem, aprendem a atuar conjuntamente e passam a reconhecer o trabalho, as experiências e os papéis de cada profissão³.

O trabalho em equipe apresenta maior eficácia quando há adequada estruturação, organização e aproveitamento das aptidões humanas, tornando as relações interpessoais de suma importância para o desenvolvimento e fortalecimento dessas equipes. Nesse contexto, os profissionais favorecem a fluidez da comunicação e o entrosamento entre os membros, promovendo um ambiente de trabalho mais harmônico. Além disso, relacionam-se de forma mais confiante e colaborativa, o que possibilita trocas de experiências mútuas e gera satisfação profissional⁴.

Equipes sólidas tornam-se mais fortes não apenas por compartilharem as conquistas, mas também por dividirem os resultados negativos e buscarem, de forma conjunta, estratégias para a resolução de problemas. Relações éticas e respeitadas entre os membros reduzem o individualismo, fortalecem o comprometimento e a responsabilidade coletiva. Quando essas relações se estabelecem de maneira

harmoniosa, há um aumento do entusiasmo entre os integrantes da equipe, o que contribui para a melhoria do desempenho e a produtividade⁵.

A comunicação interprofissional está entre os principais atributos do trabalho em equipe, conforme destacado por Peduzzi *et al.* (2020)⁶, evidenciando suas contribuições para a qualidade da assistência à saúde. A comunicação é imprescindível no contexto do trabalho coletivo, pois, dependendo de como se estabelece entre os profissionais, pode favorecer a identificação e a resolução de problemas. Nesse sentido, estratégias que fomentem a comunicação efetiva no processo de trabalho são indispensáveis para o reconhecimento de falhas, contribuindo para o fortalecimento da interação entre os profissionais de saúde, que impacta positivamente na segurança do paciente, na produtividade e na satisfação dos trabalhadores⁷. Assim, a comunicação configura-se como fundamental para o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais saudáveis, uma vez que um ambiente comunicativo e respeitoso favorece relações mais efetivas e colaborativas.

Existem inúmeras possibilidades estratégicas para desenvolver Metodologias Ativas (MA) de ensino-aprendizagem. Dentre essas alternativas, destaca-se a Metodologia da Problematização (MP), baseada no Arco de Charles Maguerez⁸. Essa Metodologia fomenta a reflexão dos colaboradores sobre o seu ambiente laboral, possibilita trocas de experiências e promovendo o aperfeiçoamento dos conhecimentos e das competências no âmbito dos serviços de saúde. A problematização da realidade e a reflexão crítica configuram-se como processos indissociáveis, ainda que possam ser compreendidos como princípios distintos⁹⁻¹⁰.

A Metodologia da Problematização, fundamentada no Arco de Maguerez, firma-se em uma concepção educativa crítica e reflexiva e incita processos de ensino e aprendizagem nos quais o estudante assume um papel ativo e corresponsável por sua própria formação¹⁰. Seu referencial teórico-metodológico, ao favorecer a reflexão crítica, possibilita que os profissionais identifiquem possíveis soluções para a Situação-Problema (SP).

Essa metodologia estrutura-se em cinco etapas, desenvolvidas a partir da realidade – ou de um recorte dessa realidade –, a saber: observação da realidade, identificação dos pontos-chaves, teorização, formulação de hipóteses de solução e aplicação à realidade¹¹. A problematização da realidade estimula o desenvolvimento de ações formativas que levam

os discentes a refletirem para além das fronteiras das categorias profissionais e da centralidade disciplinar, possibilitando abordagens conceituais e práticas de caráter interdisciplinar¹².

A partir das vivências do PET-Saúde/ Interprofissionalidade nos territórios de saúde, foi possível evidenciar dificuldades relacionadas às relações interpessoais entre os trabalhadores, as quais repercutem no trabalho em equipe e interprofissional. Considerando as estratégias alinhadas aos princípios da interprofissionalidade, a busca por soluções para esse desafio requer desenvolvimento de propostas que rompam com a centralidade dos perfis profissionais específicos, de modo a valorizar práticas colaborativas. Essa perspectiva visa aprimorar as interações no ambiente de trabalho e fortalecer a dinâmica dos processos colaborativos nos serviços de saúde.

Diante disso, evidencia-se a necessidade de desenvolver ações com foco no relacionamento interpessoal, assegurando a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia para estimular práticas colaborativas entre os profissionais e prover reflexões acerca de sua importância no cuidado em saúde. Este estudo busca contribuir para que os trabalhadores reconheçam que conflitos presentes nos serviços de saúde podem comprometer o desenvolvimento do trabalho colaborativo, entendendo que uma boa comunicação é uma ferramenta essencial nas interações dentro desses cenários para estabelecer sólidos relacionamentos interpessoais entre a equipe.

Desse modo, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência da construção de oficinas de relações interpessoais com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Sobral, Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre o desenvolvimento de ações educativas alicerçadas a Metodologias Ativas, seguindo os princípios do Arco de Charles e Maguerez, com o propósito de trabalhar as relações interpessoais de diferentes categorias profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). As atividades foram executadas no Centro Saúde da Família (CSF) Herbert de Sousa, na cidade de Sobral, Ceará, localizado no bairro Padre Palhano. O cenário escolhido deve-se ao fato de ser um dos locais de atuação do grupo tutorial do programa PET-Saúde/ Interprofissionalidade, onde foram identificadas

necessidades que justificaram a intervenção. As referidas atividades foram realizadas em maio de 2019, por monitores, preceptores e tutores e residentes da Escola Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS).

O percurso metodológico adotado pelos monitores dos cursos de Medicina, Odontologia, Psicologia, Enfermagem e Educação Física, fundamentado no referencial da problematização, teve início a partir de uma Situação-Problema (SP) observada, a qual serviu de base para a construção de um quadro conceitual que possibilitou uma análise teórica do problema. As observações foram feitas a partir de rodas de conversas durante atividades desenvolvidas com as equipes na unidade de saúde. Como estratégia metodológica de condução, foi empregado o Arco de Maguerez.

Para realizar o método do Arco Maguerez com toda a equipe do CSF Padre Palhano, as atividades foram executadas em três encontros semanais, cada uma com duração de aproximadamente duas horas, e englobando uma quantidade média de dez profissionais de diferentes categorias, tais como: Enfermeiros, Educadores Físicos, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Ao final de cada encontro, os participantes tiveram a oportunidade de compartilharem opiniões, críticas e sugestões de melhorias.

No desenvolvimento das ações, a proposta do Arco foi inicialmente apresentada pelos monitores, que também enfatizaram a importância da participação ativa dos profissionais diante da realidade social em que estão inseridos. A seguir, são descrições as etapas desenvolvidas nesta experiência:

1. Observação da realidade: Iniciada no território desde o início do projeto, durante o processo de territorialização, o que permitiu detectar problemas nas relações interpessoais entre os profissionais de saúde – tanto entre integrantes de uma mesma categoria profissional, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quanto entre os de diferentes profissões. Percebeu-se que tais dificuldades interferiam nas práticas das atividades cotidianas do serviço, tornando o trabalho cada vez mais individualista dentro da equipe multiprofissional. Esse isolamento entre categorias comprometia o desenvolvimento de práticas colaborativas e dificultava efetivação da interprofissionalidade entre os profissionais.

2. Pontos-chaves: Após a etapa de exposição,

procedeu-se à identificação dos pontos-chaves, por meio da seleção dos aspectos relevantes a serem investigados quanto às causas do problema, analisando as variáveis determinantes da Situação-Problema (SP) na busca de uma resposta. Nesse momento, ocorreu a aplicação do método problematizador. Foram disponibilizados aos participantes pincéis, folhas de papel A4 e fita adesiva, materiais utilizados na construção coletiva de ações. Em seguida, os facilitadores do grupo realizaram a explanação acerca do trabalho a ser desenvolvido. Diante do apresentado, dado início ao método, os profissionais se apresentaram para todos que se mantiveram presentes no momento, compartilhando brevemente informações sobre si mesmos. A Metodologia da Problematização utilizada para desenvolvimento da temática ocorreu por meio de recurso de questionamentos que instigaram a participação ativa. As questões norteadoras lançadas foram: “O que trago de bom para minha equipe?” e “Quais as qualidades que vejo no meu parceiro de trabalho?”. Tais questionamentos permitiram uma reflexão sobre a percepção dos profissionais em relação aos colegas e sobre a própria atuação nas dinâmicas de equipe, configurando também um momento de autoavaliação. Dos resultados, a falta de motivação para melhor as interações com a equipe foi uma das principais causas para alguns sujeitos, no entanto, para outros, trata-se da dificuldade de interagir com os demais membros.

3. Teorização: Contemplando esta etapa, os facilitadores propuseram uma roda de conversa para discorrer sobre o tema, promovendo a participação ativa e reflexiva de todos os integrantes da atividade. A partir do método aplicado, em consenso, todos elegeram como principal problema a falta de comunicação entre os profissionais. Esta ocasião proporcionou uma reflexão coletiva acerca das relações interpessoais no ambiente de trabalho, tratando de questões como empatia, companheirismo, conhecimento, responsabilidade e dedicação. Assim, os monitores também discorreram sobre comunicação, e, além disso, sobre práticas colaborativas e interprofissionalidade durante as sessões educativas.

4. Hipóteses de solução: Como hipóteses de soluções, foram lançadas pelo grupo a necessidade de melhorar suas relações e estabelecer uma melhor comunicação. Para isso, foram sugeridas iniciativas próprias e com o auxílio de oficinas que promovam reflexões motivacionais sobre as interações e

conciliações entre os membros, bem como sobre importância das práticas colaborativas e da interprofissionalidade no ambiente de trabalho.

5. Aplicação à realidade: Sob essa perspectiva, os participantes demonstraram-se motivados a estabelecer e melhorar suas relações diante do que foi discutido, mesmo perante os desafios encontrados. No entanto, exceções relataram ao fim da atividade problemas referentes às relações entre equipe da qual já fez parte anteriormente, demonstrando falta de interesse para comunicação com os atuais colegas de trabalho que ultrapassem o interesse profissional. Apesar disso, afirmam entender os aspectos que precisam ser melhorados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro contato, observou-se o entusiasmo dos profissionais com a proposta, especialmente porque a própria gestão da unidade havia solicitado ações de Educação Permanente em Saúde ao reconhecer uma lacuna nas relações interpessoais entre os membros da equipe. Assim, a decisão pelo uso da metodologia da problematização surgiu no próprio âmbito do serviço, que compreende a importância de refletir criticamente sobre a realidade institucional para promover maior resolutividade aos desafios identificados.

Nesse contexto, a inserção nos serviços de saúde revelou-se como principal desafio às relações interpessoais na dinâmica do trabalho cotidiano, direcionando as ações para o fortalecimento das equipes da ESF. O relacionamento entre os integrantes de uma equipe influencia diretamente o desempenho das atividades diárias e o desenvolvimento individual dos profissionais, uma vez que o aprendizado e o crescimento pessoal ocorrem a partir das interações e experiências compartilhadas, moldando os modos de pensar e agir de cada sujeito⁵.

Ao aplicar essa prática pedagógica, permitiu-se uma reflexão sobre as situações vividas na dinâmica do trabalho em saúde, despertando uma perspectiva crítico-reflexiva acerca das relações interpessoais das equipes neste ambiente. Com isso, consentiu a esses profissionais de saúde identificar potencialidades e fraquezas, proporcionando, assim, a oportunidade de desenvolver competências que aprimorem essas relações e de transformar a realidade social.

O principal objetivo deste método, a partir dos problemas detectados através da investigação, foi

desenvolver nas equipes o pensamento crítico-reflexivo, para que, mediante a compreensão da SP, a equipe seja capaz de ter uma boa conduta social, permitindo mudanças no interior da instituição, principalmente no que cerne as interações entre a equipe. O Arco de Maguerez contribui para troca de saberes entre os profissionais, proporcionando uma visão voltada para a realidade. Dessa forma, o profissional com um pensamento crítico e reflexivo constrói autonomia ao realizar ações para a problematização, transformando o ambiente de trabalho em um lugar melhor de se relacionar¹⁵.

Durante esse processo, não foram evidenciadas lacunas e dificuldades na implementação da estratégia, considerando que os facilitadores e a equipe da ESF já eram familiarizados e desfrutavam de um bom relacionamento, decorrente do contato contínuo estabelecido durante o processo de territorialização. As ações educativas aplicadas no cenário de prática dispuseram de uma participação ativa dos profissionais, de modo a deixar os sujeitos livres para debater e discutir sobre a problematização durante todo o processo metodológico.

Nessa experiência do Arco, as atividades instigaram a reflexão sobre as situações vividas na dinâmica do trabalho em saúde, especialmente no que tange as relações dos colaboradores nesse ambiente, despertando uma reflexão crítica sobre o tema abordado. Contudo, não se pode afirmar que houve mudança no contexto social, mas que se obtiveram aproximações positivas, sendo que as atividades foram realizadas com sucesso e que os participantes dessa metodologia repassaram um *feedback* positivo de todo o processo.

Dado isso, observou-se que o método do Arco de Maguerez como metodologia problematizadora apresentou-se coerente com os achados na literatura contemporânea. Moreira *et al.* (2024)¹⁶ destacam que essa metodologia contribui para o fortalecimento das competências relacionais e colaborativas, estimulando o protagonismo dos sujeitos no enfrentamento dos conflitos do trabalho em equipe vivenciados no cotidiano dos serviços, por meio da reflexão sobre os fatores que determinam os desafios enfrentados.

Os resultados da vivência da oficina realizada enfatizam a eficácia da metodologia da problematização a partir do Arco de Maguerez, ao promover aprendizagens significativas e transformadoras que possibilitaram o desenvolvimento de competências relacionais e comunicativas fundamentais à prática

interprofissional. Ao refletirem criticamente sobre suas práticas no cotidiano do trabalho, os participantes foram capazes de identificar suas fragilidades nas relações interpessoais e compreenderam como estas impactam a dinâmica das equipes e a qualidade do cuidado prestado, de modo a favorecer mudanças em suas interações com a equipe e melhorar o trabalho colaborativo.

Dessa forma, percebe-se que a Educação Permanente em Saúde, ao ser embasada por metodologia de problematização, auxilia na transformação da prática do trabalho em equipe multiprofissional. Com base no objetivo desta ação, observou-se ainda o incentivo à cultura do diálogo e da cooperação, sustentada pelos princípios da interprofissionalidade.

Diante disso, o processo educativo utilizado ultrapassou o ensino tradicional com a mera transmissão de informações, estimulando a construção coletiva do conhecimento e o desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva voltada à transformação do ambiente laboral. Além disso, a oficina realizada com foco nas relações interpessoais também dialoga diretamente com os pressupostos teóricos evidenciados no artigo de Prado *et al.* (2012)¹⁷. Os autores destacam o método utilizado como uma estratégia capaz de incentivar a aprendizagem significativa por meio da problematização da realidade, uma vez que provém da observação de situações vividas e direcionam os participantes à reflexão crítica sobre os determinantes de suas práticas. Essa reflexão é factível, uma vez que a problematização se fundamenta no diálogo e na participação dos membros, viabilizando o desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilidade dos participantes.

Ao problematizar as relações interpessoais no exercício profissional, os participantes foram instigados a identificar as causas do problema, propor hipóteses de solução e intervir por meio da transformação de suas práticas. Ao compreenderem a relevância da comunicação e da colaboração no fortalecimento do trabalho interprofissional, essa oficina contribuiu para a consolidação da Educação Permanente, fortalecendo práticas colaborativas e promovendo melhorias nas relações interpessoais e na qualidade do cuidado ofertado à comunidade. Em síntese, essa abordagem, além de estimular a troca de experiências, também auxiliou para a formação de sujeitos críticos, capazes de intervir conscientemente em sua prática profissional.

Diante disso, a vivência da oficina de relações interpessoais na Atenção Primária reafirmou o potencial das metodologias de problematização, por meio do método do Arco de Maguerez, como instrumento de aprendizagem significativa e de transformação das práticas profissionais. A reflexão crítica aliada ao diálogo e à troca de saberes entre os participantes revelou-se essencial para fortalecer as relações de equipe e a interprofissionalidade nos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

As estratégias metodológicas desenvolvidas para melhorar as relações conflituosas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) buscaram superar, mudar e transformar a realidade observada, por meio da reflexão crítica sobre a SP, e da integração entre aprendizado e trabalho. Evidenciou-se que tais ações surgiram como instrumentos para facilitar e melhorar as interações entre as equipes nos serviços de saúde, na medida em que as atividades realizadas proporcionaram aos profissionais a oportunidade de refletirem sobre os problemas e os conflitos vividos no território.

Assim, a utilização da metodologia do Arco de Maguerez possibilitou reconhecer a importância do trabalho interprofissional nos serviços de saúde e contribuiu com o desenvolvimento de competências colaborativas, que se configuram para uma melhor excelência no trabalho, uma vez que fortalece a integração das equipes e favorece o trabalho compartilhado.

Vale ressaltar a importância de continuar desenvolvendo e estimulando práticas de EPS, com referencial problematizador, que promovam o fortalecimento das relações entre os diferentes profissionais de saúde no ambiente do serviço. A aproximação entre esses profissionais, alinhadas aos aspectos teórico-metodológicos da EIP e da prática colaborativa, possibilita o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais efetivas e assertivas à população.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

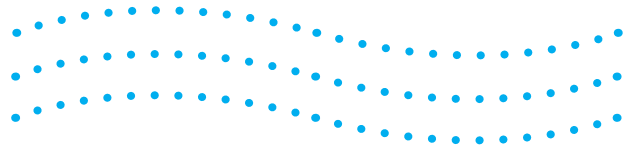
Ana Auriane Marques Xavier e **Sabrina Morais Lopes** contribuíram com a concepção e o delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados. **Karina Oliveira de Mesquita** contribuiu com a análise e interpretação dos dados e a revisão crítica

relevante do conteúdo intelectual. **Iracema Ponte Bento Trindade Escossio, Camilla Araújo Vieira Lopes, Maria Socorro de Araújo Dias e Jacques Antônio Cavalcante Maciel** contribuíram com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão a ser publicada.

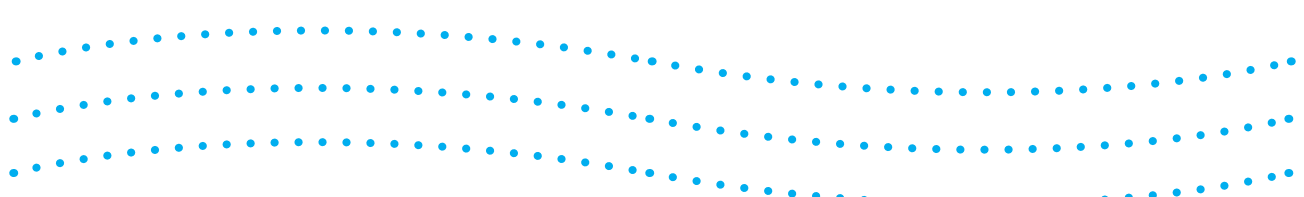
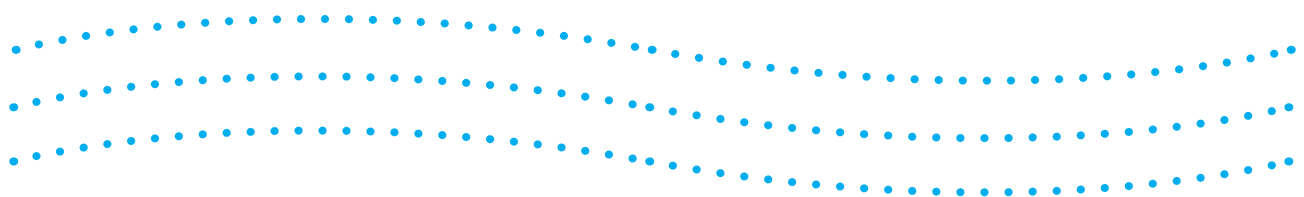
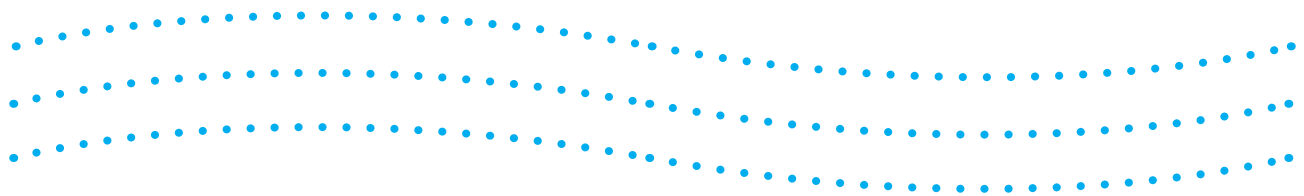
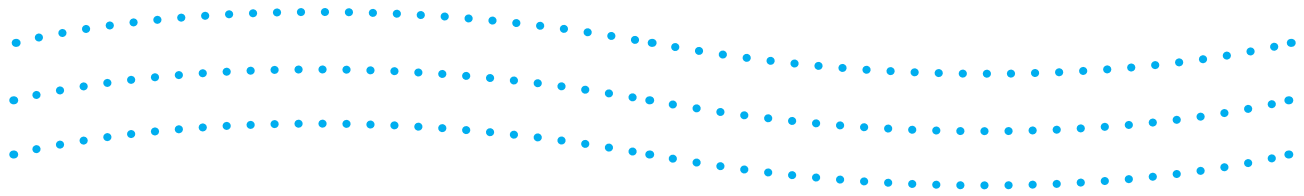
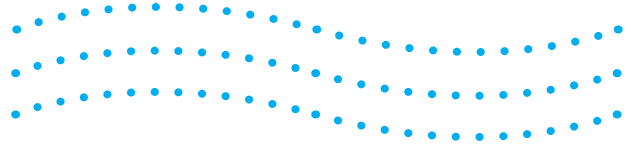
REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital Nº 10, 23 de julho 2018. Seleção para Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-SAÚDE/INTERPROFISSIONALIDADE - 2018/2019. Diário Oficial da União [document on the internet]. 2018 [cited 2020 Feb 18]. Available from: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33889041/do3-2018-07-24-edital-n-10-23-de-julho-2018-selecao-para-o-programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-pet-saude-interprofissionalidade-2018-2019-33889037
2. Toassi RFC, Olsson TO, Lewgoy AMB, Bueno D, Peduzzi M. Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. *Trab Educ Saúde* [serial on the internet]. 2020 [cited 2020 Feb 20]; 18 (2). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462020000200505&script=sci_arttext
3. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu, Online)* [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 Feb 20]; 22 (supl. 2): 1525-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525
4. Eloia SMC, Vieira RM, Eloia SC. A relação interpessoal entre profissionais da estratégia saúde da família. *Essentia (Sobral)* [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 Out 29]; 20 (1): 2-8. Available from: <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/249>
5. Fonseca L, Reis R, Mesquit K, Alcantara AO. Relacionamento interpessoal e trabalho em equipe: impactos num ambiente organizacional. In: XII Congresso Nacional de Excelência em Gestão e III INOVARSE; 2016 [cited 2020 Feb 26].
6. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde* [serial on the internet]. 2020 [cited 2020 Out 27]; 18 (supl.1). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462020000400401&script=sci_arttext
7. Moreira FTLS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Rev. Gaúcha Enferm* [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 Nov 03]; 40 (esp). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000200417&script=sci_arttext
8. Paiva MRF, Parente JRF, Brandão IR, Queiroz AHB. Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. *Sanare (Sobral, Online)* [serial on the internet]. 2016 [cited 2020 Nov 06]; 15 (02): 145-153. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1049>
9. Cauduro FLF, Kindra T, Ribeiro ER, Mata JAL. Uso da problematização com apoio do Arco de Maguerez como estratégia de educação permanente para a promoção da segurança do paciente. *Rev Saúde Pública Paraná* [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 Feb 27]; 18 (1): 150-156. Available from: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/355>
10. Diesel A; Baldez ALS; Martins SN. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. *Revista Thema* [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 Feb 26]; 14 (1): 268-88. Available from: <http://periodicos.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/view/404/295>
11. Silva LAR, Junior OP, Costa PR, Renovato RD, Sales CM. O arco de maguerez como metodologia ativa na formação continuada em saúde. *Interfaces Científicas – Educação* [serial on the internet]. 2020 [cited 2020 Out 27]; 8 (3): 41-54. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/educacao/article/view/5274>
12. Vieira MNM; Panúncio-Pinto MP. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto, Online)* [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 Feb 20]; 48 (3): 241-8. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104310/102957>
13. Villardi ML; Cyrino EG; Berbel NAN. A metodologia da problematização no ensino em saúde suas etapas e possibilidades. Editora UNESP [serial on the internet]; 2015 [cited 2020 Feb 20].
14. Castro E; Gonçalves J; Bessa S. Aplicação da metodologia de problematização. In: EDUCERE – XIII Congresso Nacional de Educação [serial on the internet]; 2017 [cited 2020 Feb 21].
15. Barbosa LU, Copetti J, Folmer V. Contribuições da metodologia da problematização para o desenvolvimento profissional docente em educação para a sexualidade. *Ensino & Pesquisa* [serial on the internet]. 2020 [cited 2020 Nov 04]; 18 (1): 98-120. Available from: <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/ensinoepesquisa/article/view/3158>

16. Moreira LA; Júnior JAS; Fernandes TAAM; Paulino JLP; Nascimento EGC. A utilização do Arco de Maguerez como ferramenta metodológica em educação na saúde: revisão de escopo. Revista Docência do Ensino Superior [serial on the internet]. 2024 [cited 2025 Out 14]; 14 (e047678). Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/46778>



17. Prado ML; Velho MB; Espíndola D S; Sobrinho SH; Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem [serial on the internet]. 2012 [cited 2025 Out 14]; 65 (6): 1028-1034. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/89NXfW4dC7vWdXwdKffmf4N/?format=html&lang=pt>



FATORES ASSOCIADOS À INCIDÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

FACTORS ASSOCIATED WITH THE INCIDENCE OF DENTAL CARIES IN EARLY CHILDHOOD

FACTORES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CARIES DENTAL EN LA PRIMERA INFANCIA

Mário Vinicius Marques Paiva ¹Júlia Luiza Azevedo Barbosa ²Winnie Vieira Soares ³**Como Citar:**

Paiva MVM, Barbosa JLA, Soares WV. Fatores associados à incidência de cárie dentária na primeira infância. *Sanare*. 2025;24(2).

Descritores:

Assistência Odontológica para Crianças; Cárie Dentária; Saúde bucal.

Descriptors:

Dental Care for Children; Dental Caries; Oral Health.

Descriptores:

Atención odontológica para niños; Caries dental; Salud bucodental.

Submetido:

27/04/2025

Aprovado:

26/11/2025

Autor(a) para Correspondência:

Mário Vinicius Marques Paiva
End: Av. Dr. Silas Munguba, 4410,
Fortaleza/CE.
E-mail: vpaiva93@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se analisar os fatores associados à incidência de cárie na dentição decídua de crianças com idades entre 6 meses e 6 anos, que representam a primeira infância. Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura disponível, utilizando os descritores Dental Care for Children e Oral Health and Dental Care, nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed. Foram encontrados 537 artigos e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, oito artigos foram selecionados para fazer parte do estudo final. Os artigos selecionados destacam fatores como biofilme cariogênico, dieta inadequada, baixa renda familiar, negligência no uso de creme dental com flúor, acesso limitado aos serviços odontológicos, ausência de acompanhamento e de práticas preventivas como fatores que podem agravar a experiência de cárie dentária na dentição decídua, impactando negativamente a saúde bucal das crianças. Pode-se considerar que a cárie nessa faixa etária ainda é um problema relevante de saúde pública e que fatores sociais, econômicos e ambientais influenciam diretamente o acometimento e repercussões da doença.

1. Cirurgião-Dentista. Egresso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: vpaiva93@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3435-1952>

2. Cirurgiã-Dentista. Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: juliaazevedo1999@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6806-8282>

3. Cirurgiã-Dentista. Mestra em Clínica Odontológica. Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário Inta. E-mail: winnievsoares@outlook.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5568-9314>

ABSTRACT

This study aimed to analyze the factors associated with the incidence of dental caries in the primary dentition of children from the age of 6 months to 6 years, corresponding to early childhood. To this end, we conducted an integrative literature review using the descriptors Dental Care for Children and Oral Health and Dental Care in the LILACS, SciELO, and PubMed databases. We initially identified 537 articles; after applying the inclusion and exclusion criteria, we selected eight studies for the final sample. The selected articles highlight factors such as cariogenic biofilm, inadequate diet, low family income, neglect in the use of fluoride toothpaste, limited access to dental services, and the absence of follow-up and preventive practices as contributors that may exacerbate the occurrence of dental caries in primary teeth, thereby negatively affecting children's oral health. Dental caries in this age group remains a significant public health problem; and social, economic, and environmental factors directly influence both disease occurrence and its consequences.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar los factores asociados a la incidencia de caries en la dentición temporal de niños con edades entre 6 meses y 6 años, que corresponden a la primera infancia. Para tal fin, se realizó una revisión integrativa de la literatura disponible, utilizando los descriptores Dental Care for Children y Oral Health and Dental Care en las bases de datos LILACS, SciELO y PubMed. Se identificaron 537 artículos y, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron ocho estudios para conformar la muestra final. Los artículos seleccionados señalaron factores como biofilm cariogénico, alimentación inadecuada, bajos ingresos familiares, negligencia en el uso de crema dental con flúor, acceso limitado a los servicios odontológicos, así como la ausencia de seguimiento y de prácticas preventivas, como elementos que pueden agravar la experiencia de caries dental en la dentición temporal, impactando negativamente en la salud bucodental infantil. Se puede considerar que la caries en este grupo etario continúa siendo un problema relevante de salud pública y que los factores sociales, económicos y ambientales influyen directamente en la ocurrencia de la enfermedad y sus repercusiones.

.....

INTRODUÇÃO

A primeira infância, período que se estende do nascimento aos 6 anos de idade, é uma fase importante no desenvolvimento humano, marcada por várias transformações e aquisição de habilidades. É nesse período que se estabelecem hábitos e comportamentos, incluindo a saúde bucal, que terão impacto duradouro na saúde geral. A saúde bucal, por sua vez, está intrinsecamente ligada à saúde geral, influenciando o desenvolvimento, a nutrição, a fala, a autoestima e a qualidade de vida das crianças. Por isso, é fundamental o acompanhamento do desenvolvimento e o cuidado com a saúde bucal nesse período¹.

A cárie dentária, definida como a doença multifatorial mais prevalente na infância, representa um desafio significativo para a saúde pública em escala global. No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil 2010 revelaram que 46,6% das crianças de 5 anos já apresentavam experiência de cárie, evidenciando a magnitude do problema no país¹¹.

Em âmbito mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a cárie afeta milhões

de crianças em idade pré-escolar, especialmente em países de baixa e média renda. Essa alta prevalência da cárie na infância é agravada pela falta de acesso a serviços odontológicos adequados. Lamentavelmente, cerca de 19% das unidades básicas de saúde brasileiras não disponibilizam serviços odontológicos para crianças pequenas, deixando muitas delas sem acesso a cuidados fundamentais para a sua saúde bucal, em desacordo com as orientações da Atenção Básica no país².

A cárie, além de impactar o desenvolvimento social e emocional das crianças, pode causar dor, dificuldades na mastigação e na fala, embora seja uma condição amplamente prevenível e reversível quando abordada por meio de estratégias baseadas em evidências científicas³.

A detecção precoce da cárie dentária é importante para prevenir a progressão da doença e evitar tratamentos mais invasivos. Lesões iniciais, como manchas brancas no esmalte, podem ser controladas e até mesmo revertidas com intervenções adequadas. No entanto, quando a cárie progride e forma cavidades, torna-se necessário realizar tratamentos restauradores. Outros tratamentos preventivos utilizados são a aplicação tópica de flúor e

programas de educação em saúde, que são essenciais para reduzir a incidência da doença. Além disso, o enfrentamento eficaz da cárie requer uma abordagem abrangente que considere fatores etiológicos como biofilme cariogênico, consumo de açúcares e práticas alimentares inadequadas⁴.

O tratamento da cárie na primeira infância requer uma abordagem abrangente, que considere diferentes estratégias para alcançar resultados efetivos. Diante dos variados níveis de comprometimento dental, o tratamento deve ser adaptado a cada caso. No entanto, é fundamental que toda intervenção seja conduzida da forma menos traumática possível, sempre acompanhada de ações educativas voltadas para as crianças e seus responsáveis, promovendo a conscientização e a prevenção contínua⁵.

Logo, o controle da cárie na primeira infância pode ser alcançado por meio de programas educativos e preventivos direcionados às crianças e, principalmente, aos seus responsáveis. A educação em saúde bucal é essencial para que os pais e cuidadores compreendam os fatores de risco, adotem práticas adequadas de higiene bucal e alimentação, e incentivem hábitos saudáveis nas crianças⁶.

Diante desse contexto, o objetivo deste trabalho foi identificar os fatores associados à prevalência de cárie na primeira infância. A compreensão desses fatores é importante para o desenvolvimento de estratégias que auxiliem na prevenção e no tratamento eficaz, contribuindo para a promoção da saúde bucal e qualidade de vida das crianças.

MÉTODOS

Este estudo é uma revisão integrativa da literatura que visa responder à seguinte pergunta de pesquisa: “Quais são os fatores associados à ocorrência de cárie dentária durante o período da primeira infância?”. Essa abordagem metodológica permite a combinação de estudos observacionais e experimentais para uma compreensão abrangente do fenômeno, oferecendo uma síntese do conhecimento existente e sua aplicação prática.

A busca de artigos para a revisão integrativa da literatura foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Scientific Electronic Library Online (SciELO), com o objetivo de identificar estudos relevantes sobre o tema. A análise da produção científica foi conduzida de forma detalhada, utilizando os Descritores em Ciências

da Saúde (DeCS): “*Dental Care for Children*”, “*Oral Health*” e “*Dental Care*”, combinados com operadores booleanos (AND, OR, NOT) e outros recursos de busca avançada. A seleção dos artigos considerou o período de publicação de 2017 a 2024.

Os critérios de inclusão adotados foram estudos observacionais e experimentais que avaliavam fatores associados às cáries na primeira infância. Artigos publicados no período de 2017 a 2024, tendo os idiomas português, inglês ou espanhol, que estivessem na íntegra de forma gratuita e que as crianças participantes do estudo estivessem na faixa etária de 0 a 6 anos. Como critério de exclusão, considerou-se o tipo de estudo, excluindo-se artigos de revisão (narrativa, sistemática e meta-análise), relatos de caso, estudos de opinião e cartas ao editor, bem como artigos duplicados, que não avaliavam fatores associados à cárie, artigos não disponíveis na íntegra e artigos que não se encaixavam na pergunta de pesquisa.

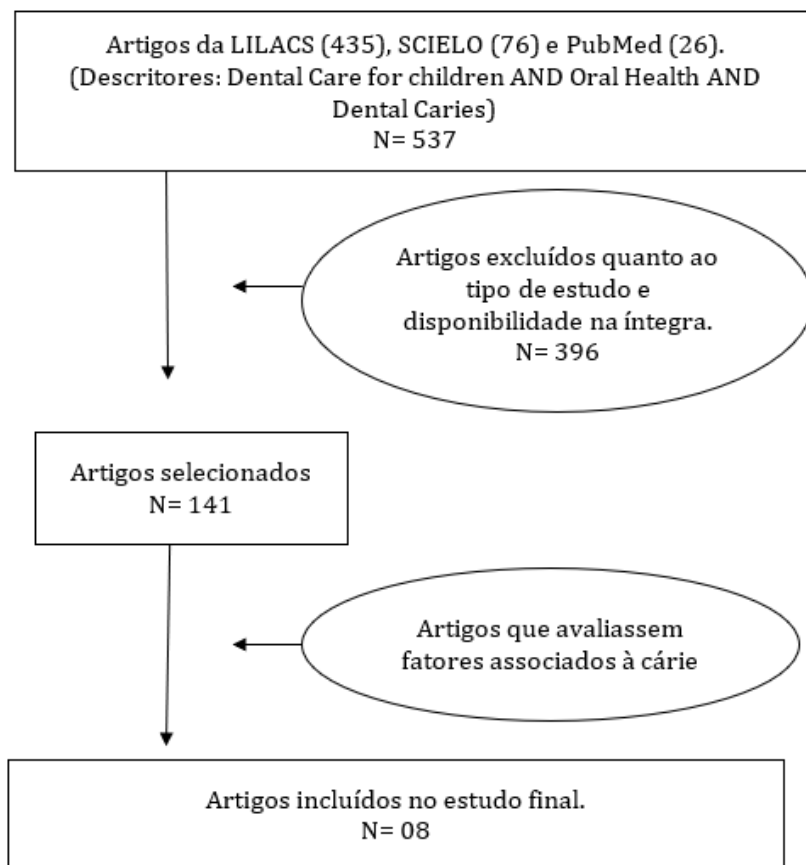
A seleção dos estudos foi realizada em quatro etapas. *Identificação*: busca dos artigos nas bases de dados e outras fontes. *Triagem*: leitura dos títulos e resumos para identificar artigos potencialmente relevantes. *Elegibilidade*: leitura dos artigos completos para verificar se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão. *Inclusão*: seleção final dos artigos que seriam incluídos na revisão. Após a aplicação desses critérios, oito estudos científicos foram selecionados para a análise, classificação e caracterização metodológica.

Os dados foram analisados e sintetizados de forma qualitativa, agrupando os fatores associados à cárie em categorias, por exemplo: fatores socioeconômicos, comportamentais, relacionados à higiene bucal e à alimentação. O software Microsoft Excel foi utilizado para a organização dos dados. Este estudo não necessitou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que se fundamentou em uma revisão bibliográfica de fontes acadêmico-científicas.

RESULTADOS

Foram encontrados 537 estudos sobre os fatores associados à prevalência de cárie dentária na dentição decídua. Levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão, oito estudos foram selecionados para a presente revisão. A sequência metodológica utilizada para a seleção dos estudos pode ser observada na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma metodológico para a seleção dos estudos.



Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 1 apresenta informações gerais sobre os estudos incluídos, como título, ano de publicação, autores e tipo de estudo. Observou-se que a maioria dos estudos utilizou metodologia transversal, com abordagem quantitativa, e foram publicados entre 2017 e 2024.

Tabela 1 – Informações gerais dos estudos sobre cárie dentária na dentição decídua

Título	Ano	Autor(es)	Tipo de Estudo
Early childhood caries, malocclusion, psychosocial factors and oral health-related quality of life in children and their families.	2023	Madeira et al.	Estudo transversal
Maternal Education Level as a Risk Factor for Early Childhood Caries.	2024	Vieira et al.	Estudo transversal
Analysis of primary caregivers' knowledge concerning the cariogenic risk associated with the use of pediatric liquid medications.	2024	Florencia et al.	Estudo transversal
Situação de saúde bucal de crianças na primeira infância em creches de Salvador, Bahia.	2017	Cabral, et al.	Estudo de Coorte
Factores de riesgo de caries dental en niños de la infancia temprana. Paulo VI.	2018	Deyanira et al.	Estudo transversal
Factors associated with dental cavity in children aged six to 36 months old, in Salvador-BA.	2023	Santos et al.	Estudo transversal
Fatores associados à prevalência de cárie dentária em crianças em Montes Claros-MG.	2023	Nóbrega et al.	Estudo transversal

Saúde bucal de pré- escolares: do processo cariioso aos fatores determinantes e moduladores.	2020	Ferreira et al.	Estudo exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa
--	------	-----------------	---

Fonte: Elaboração própria.

Após a análise dos estudos selecionados, foram identificados os principais fatores associados à cárie dentária na dentição decídua. A Tabela 2 apresenta esses achados, destacando aspectos socioeconômicos, comportamentais e relacionados à higiene bucal e à alimentação infantil.

Tabela 2 – Principais fatores associados à cárie dentária na dentição decídua

Estudo	Fatores associados evidenciados
Madeira et al., 2023	Baixo nível socioeconômico, maior frequência de consumo de açúcar livre, menor resiliência parental.
Vieira et al., 2024	Idade da criança, renda familiar, escolaridade materna.
Florescia et al., 2024	Falta de conscientização entre cuidadores primários sobre os riscos cariogênicos de medicamentos líquidos pediátricos.
Cabral, et al., 2017	Idade da criança, escolaridade materna, aleitamento artificial prolongado, consumo noturno de leite.
Deyanira et al., 2018	Dieta cariogênica, baixo nível de escolaridade, conhecimento inadequado sobre saúde bucal.
Santos et al., 2023	Idade da criança, número de cômodos da residência, participação no programa Bolsa Família, consultas pré-natais, peso ao nascer, aleitamento materno exclusivo.
Nóbrega et al., 2023	Higiene bucal insatisfatória, baixa adesão a consultas odontológicas de rotina.
Ferreira et al., 2020	Dieta cariogênica, conhecimento reduzido sobre doenças bucais, higiene oral inadequada, baixa renda familiar, baixo nível de escolaridade, limitada procura por serviços de saúde.

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

A presente revisão integrativa da literatura identificou diversos fatores associados à cárie na primeira infância, com destaque para o nível socioeconômico, a dieta cariogênica e a escolaridade materna.

O nível socioeconômico foi um dos fatores mais frequentemente mencionados nos estudos incluídos, corroborando os achados anteriores que apontam o nível socioeconômico como um importante determinante da incidência de cárie na infância, com impacto negativo sobre a saúde bucal. Famílias de baixa renda têm acesso limitado a alimentos saudáveis e serviços odontológicos, além de hábitos de higiene bucal inadequados, devido à menor escolaridade dos pais e dificuldades na compreensão de informações sobre saúde.

Estudos apontam a disparidade entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos no acesso à saúde bucal, evidenciando a importância de medidas sociais para reduzir desigualdades. Programas, como o “Bolsa Família”, têm se mostrado eficazes na redução da cárie em crianças, devido à melhora das condições de vida e acesso à saúde^{2,7-11}. A relação entre nível socioeconômico e cárie é um desafio complexo, que exige políticas públicas de saúde bucal que considerem os determinantes sociais da saúde e promovam a educação e o acesso a serviços odontológicos de qualidade¹²⁻¹⁴.

A dieta cariogênica, caracterizada pelo consumo frequente e excessivo de açúcares, carboidratos refinados e alimentos processados, especialmente aqueles com alta concentração de sacarose, foi amplamente relatada nos estudos revisados como um dos principais fatores predisponentes à cárie. Esse padrão alimentar, frequentemente observado em populações economicamente vulneráveis, reforça a necessidade de intervenções

educativas voltadas à conscientização sobre alimentação saudável na infância. Fatores sociais, como a disponibilidade de alimentos saudáveis a preços acessíveis e o acesso a informações claras e confiáveis sobre nutrição, também desempenham um papel importante na dieta das crianças^{7,15,16}.

Além disso, a escolaridade materna foi identificada como um fator protetor relevante, pois mães com maior nível educacional tendem a adotar melhores práticas de higiene bucal para seus filhos e maior adesão às visitas odontológicas regulares. Esses achados ressaltam a importância de estratégias que promovam a educação em saúde e o fortalecimento de políticas públicas voltadas à promoção da saúde bucal infantil^{7,9,16,17}.

A desigualdade no acesso aos serviços odontológicos foi um ponto recorrente nos estudos analisados. A literatura aponta que crianças de famílias beneficiárias do programa “Bolsa Família” apresentaram menores índices de cárie, sugerindo que programas de transferência de renda podem mitigar os impactos negativos da vulnerabilidade socioeconômica na saúde bucal infantil. Essa evidência reforça a necessidade de políticas integradas que associem assistência odontológica a programas sociais, garantindo maior equidade no acesso aos serviços de saúde¹⁸.

Outro fator de destaque foi a negligência em relação ao cuidado odontológico na primeira infância. Estudos indicam que a primeira consulta odontológica, recomendada para ser realizada no primeiro ano de vida, é frequentemente adiada pelos pais. Além disso, hábitos, como aleitamento artificial prolongado e noturno, sem higienização, foram associados ao aumento do risco de cárie, especialmente em crianças com maior autonomia e resistência à higiene oral^{5,10}, destacando a importância da orientação profissional precoce para a prevenção da doença¹⁹.

Um estudo recente revelou a falta de conscientização sobre o risco de cárie associado à amamentação prolongada, com apenas 27,3% dos dentistas orientando sobre esse risco. Essa lacuna destaca a necessidade de ações educativas mais eficientes para promover a saúde bucal em crianças que mamam por períodos mais longos, abrangendo tanto os pais quanto os profissionais de saúde⁸.

Estudos apontam que o nível de instrução e conscientização dos cuidadores influencia diretamente o cuidado odontológico infantil. A negligência geracional, especialmente quanto

à higiene bucal após o consumo de alimentos cariogênicos ou medicamentos pediátricos, é um fator crucial. Essa falta de cuidado pode perpetuar a cárie, transmitindo hábitos inadequados de geração em geração. É essencial que os pais compreendam a importância da higiene bucal desde a primeira infância, incluindo a limpeza após as refeições e o uso de creme dental fluoretado. A conscientização sobre os riscos da cárie e a importância da prevenção são fundamentais para mudar esse cenário⁹.

A ausência de cremes dentais fluoretados e o acesso limitado a serviços odontológicos agravam a cárie pediátrica. A falta de acesso à fluoretação e acompanhamento profissional impede a proteção contra a cárie e a detecção precoce da doença. Condições de privação social e baixa escolaridade dos pais também contribuem para a cárie, limitando o acesso à informação, higiene e serviços de saúde⁷. Estratégias integradas são necessárias para abordar os determinantes sociais, as práticas alimentares e de higiene e a conscientização dos cuidadores, visando reduzir os impactos da cárie na infância.

Os resultados desta revisão têm implicações significativas para a prática clínica e a saúde pública. Cirurgiões-dentistas devem estar atentos aos fatores associados à cárie na primeira infância, especialmente em crianças de famílias de baixa renda e com baixa escolaridade materna. Intervenções educativas e preventivas direcionadas a esses grupos são cruciais, promovendo hábitos saudáveis de higiene bucal e alimentação, além de garantir o acesso a serviços odontológicos adequados. É fundamental que os profissionais de saúde bucal orientem os pais sobre a importância da higiene bucal, da alimentação saudável e do acompanhamento odontológico regular desde a primeira infância. A detecção precoce da cárie e a implementação de medidas preventivas podem evitar o desenvolvimento de casos mais graves e reduzir a necessidade de tratamentos invasivos.

No entanto, este estudo apresenta algumas limitações importantes, como a presença de uma quantidade considerável de relatos de caso clínico nas bases de dados, que, embora possam fornecer informações relevantes sobre casos específicos, não representam a realidade da população geral e podem limitar a validade externa da revisão. Além disso, a possibilidade de vieses de seleção e publicação, inerente a estudos de revisão, não pode ser descartada, o que pode influenciar os resultados e superestimar a associação entre os fatores identificados e a cárie

na primeira infância.

Apesar das limitações, esta revisão integrativa da literatura contribui significativamente para o conhecimento sobre os fatores associados à cárie na primeira infância, fornecendo evidências importantes para a formulação de estratégias de prevenção e controle da doença. Ao sintetizar os achados de diversos estudos, a revisão oferece um panorama abrangente das principais associações e da proteção contra a cárie na primeira infância, destacando a importância de abordagens multifacetadas que considerem os determinantes sociais, comportamentais e biológicos da doença.

Os resultados da revisão podem ser utilizados por profissionais de saúde, pesquisadores e formuladores de políticas públicas para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes no combate à cárie na primeira infância, visando a promoção da saúde bucal e a redução das desigualdades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante disso, estratégias preventivas, como programas de educação em saúde para pais e cuidadores, bem como o acesso precoce ao atendimento odontológico, são essenciais para reduzir a incidência da cárie na infância. Políticas públicas que promovam ações de conscientização, incentivo a hábitos saudáveis e assistência odontológica gratuita para populações vulneráveis são fundamentais para minimizar os impactos desse problema de saúde pública.

Além disso, futuras pesquisas devem explorar soluções inovadoras e acessíveis, como o uso de tecnologias digitais e intervenções personalizadas, para aprimorar a prevenção da cárie dentária na primeira infância. Uma abordagem integrada, envolvendo ciência, educação e políticas públicas, é indispensável para garantir melhorias significativas na saúde bucal infantil e contribuir para o bem-estar e a qualidade de vida das futuras gerações.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Mário Vinícius Marques Paiva e Winnie Vieira Soares contribuíram com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Júlia Luiza Azevedo Barbosa** contribuiu com a realização da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- Burlamaqui C, Gaspar S, Godinho C. Intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil na primeira infância: uma scoping review. Rev UIIP Santarém [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 30];12(1):e29365. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/29365>
- Araujo LF, Alexandria AK, Letieri AS, Soares TRC. Cárie precoce da infância: uma visão atual em odontopediatria. Rev Uningá [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 7];55(S3):106-14. Available from: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2170>
- Colares V, Caraciolo GM, Miranda AM, Araújo GVB, Guerra P. Medo e/ou ansiedade como fator inibitório para a visita ao dentista. Arq Odontol [Internet]. 2004 [cited 2025 Apr 7];59-72. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bbo-23003>
- Sousa Cabral MBB, Mota EL, Cangussu MCT, Vianna MIP. Situação de saúde bucal de crianças na primeira infância em creches de Salvador, Bahia. Rev Baiana Saúde Pública. 2017;41(3). DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660>
- Martins CLC, Camargo J. Conhecimento dos pais sobre saúde bucal na infância e a relação com o motivo da consulta odontológica. J Oral Investig. 2016;5(1):27-33. DOI: <https://doi.org/10.18256/2238-510X/j.oralinvestigations>
- Davidoff DCO, Abdo RCC, Silva SMB. Prevalência de cárie precoce da infância. Pesq Bras Odontopediatr Clín Integr [Internet]. 2005 [cited 2025 Apr 7];5(3):215-221. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-872730>
- Silva MGB, Catão MHC, Andrade FJ, Alencar CR. Cárie precoce da infância: fatores de risco associados. Arch Health Investig. 2017;6(12). DOI: <https://doi.org/10.21270/archi.v6i12.2264>
- Saito SK, Deccico HMU, Santos MN. Efeito da prática de alimentação infantil e de fatores associados sobre a ocorrência da cárie dental em pré-escolares de 18 a 48 meses. Rev Odontol Univ São Paulo. 1999;13:5-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-06631999000100004>
- Santos MLFM, Cangussu MCT, Andrade DJC. Factors associated with dental cavity in children aged six to 36 months old, in Salvador-BA. Rev Bras Saúde Materno Infantil. 2023;23:e20190196. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000196>
- Durães GR, Lourenço LS. Cárie na primeira infância: interferência de fatores sociais no processo saúde-doença. Rev Mais Pontal [Internet].

2023 [cited 2025 Apr 7];3(2):144-61. Available from: <https://revistas.facmais.edu.br/index.php/maisontal/article/view/263>

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

12. Essvein G, Baumgarten A, Rech RS, Hilgert JB, Neves M. Dental care for early childhood in Brazil: from the public policy to evidence. Rev Saude Publica. 2019;53:15. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000540>

13. Azevedo Ghersel EL, Ghersel H, Aratani M, Prado C. Da cárie precoce na infância à dentição permanente hígida-controle e tratamento da doença cárie. Rev Foco. 2024;17(4):e4394-e4394. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n4-121>

14. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. Cad Saúde Pública. 2011;27:4-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100001>

15. Guimarães CA, Oliveira RCG. Perda precoce de dentes decíduos: relato de caso clínico. Uningá Rev [Internet]. 2017 [cited 2025 Jan 11];29(2). Available from: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1962>

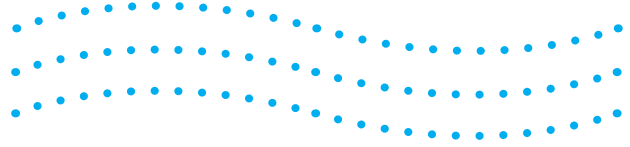
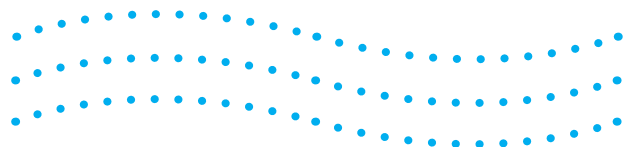
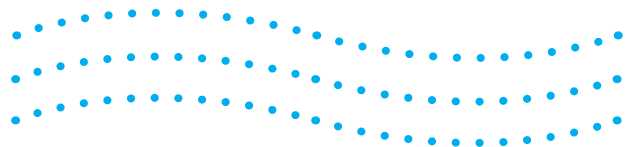
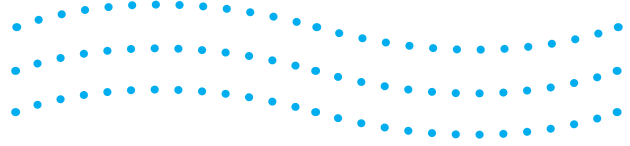
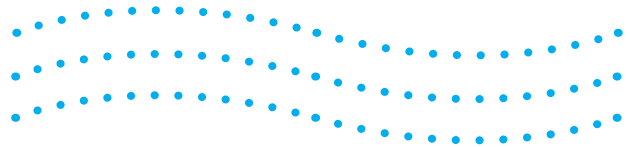
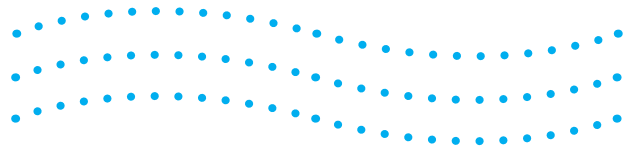
16. Davidoff DC, Abdo RCC, Silva SMB. Prevalência de cárie precoce da infância. Pesq Bras Odontopediatr Clín Integr [Internet]. 2005 [cited 2025 Jan 9];5(3):215-21. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-872730>

17. Cabrera Escobar D, López García F, Ferrer Hurtado O, Tellería Castellanos AM, Calá Domínguez T. Factores de riesgo de caries dental en niños de la infancia temprana. Paulo VI. Venezuela. Rev Med Electron [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 22];40(4):958-967. Available from: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2259>

18. Gomes MP. Paradigma da cárie dentária: etiologia e tratamentos preventivos e

19. restauradores minimamente invasivos. Rev Rede Cuid Saúde [Internet]. 2022 [cited 23 Jan 2025]. Available from: <https://publicacoes.unigranrio.edu.br/rcs/article/view/6500>

20. Ghersel ELA, Ghersel H, Aratani M, Prado C. Da cárie precoce na infância à dentição permanente hígida-controle e tratamento da doença cárie. Rev Foco. 2024;17(4):E4394-e4394. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n4-121>



CRITÉRIOS PARA A AVALIAÇÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM PROCEDIMENTOS EM HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

CRITERIA FOR CLINICAL NURSING ASSESSMENT IN HEMODYNAMICS AND INTERVENTIONAL CARDIOLOGY PROCEDURES

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN PROCEDIMIENTOS DE HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Francisco Ariel Santos da Costa ¹

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa ²

Virna Ribeiro Feitosa Cestari ³

Amanda Caboclo Flor ⁴

Raquel Sampaio Florêncio ⁵

Gabriele Santos Queiroz ⁶

Como Citar:

Costa FAS, Pessoa VLMP, Cestari VRF, Flor AC, Florêncio RS, Queiroz GS. Critérios para a avaliação clínica de enfermagem em procedimentos em hemodinâmica e cardiologia intervencionista. *Sanare*. 2025; 24(2).

Descritores:

Cateterismo Cardíaco; Enfermagem Cardiovascular; Avaliação em Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

Descriptors:

Cardiac Catheterization; Cardiovascular Nursing; Nursing Assessment; Nursing care.

Descriptores:

Cateterismo Cardíaco; Enfermería Cardiovascular; Evaluación de Enfermería; Atención de Enfermería.

Submetido:

25/03/2025

Aprovado:

21/11/2025

Autor(a) para Correspondência:

Francisco Ariel Santos da Costa
End: Av. Dr. Silas Munguba, 1700,
Itaperi, Fortaleza - CE,
CEP:60714-903
E-mail: arielload@hotmail.com

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar, na literatura científica, os principais critérios para a avaliação de enfermagem no período pré e pós-procedimentos no contexto da Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (HCI). Realizou-se uma revisão integrativa mediante busca de artigos nas bases de dados da área da saúde; os dados foram extraídos por dois pesquisadores de forma independente e organizados em quadros. A busca utilizou os descritores "cuidados de enfermagem/nursing care" e "cateterismo cardíaco/cardiac catheterization". Foram incluídos 30 artigos para a análise, os quais foram categorizados com o auxílio do software IRaMuTeQ[®]. A análise permitiu a distribuição dos critérios em duas grandes áreas: avaliação clínica prévia e classificação de riscos; e cuidados pós-procedimento e manejo de complicações. Assim, a revisão permitiu a síntese da literatura dos principais critérios utilizados na avaliação de enfermagem em contextos da HCI, possibilitando subdivisões temáticas para aprofundamento, abrindo espaço para novos estudos e evidenciando lacunas no conhecimento.

1. Enfermeiro. Especialista em Cardiologia e Hemodinâmica, mestre e doutorando em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: arielload@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4807-8371>

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: vera.mendes@uece.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8158-7071>

3. Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: virna.cestari@uece.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7955-0894>

4. Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: caboclo.flor@uece.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4698-0126>

5. Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: sampaio.florencio@uece.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3119-7187>

6. Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: gabisqueiroz.98@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5817-1641>

ABSTRACT

This study aimed to identify, in the scientific literature, the main criteria in pre-and post-procedure nursing assessment in the context of Hemodynamics and Interventional Cardiology (HCI). An integrative review was conducted by searching for articles in the health databases; data were extracted independently by two researchers and organized into charts. The search utilized the descriptors: "cuidados de enfermagem/nursing care" and "cateterismo cardíaco/cardiac catheterization". Thirty articles were included for analysis and were categorized with the aid of IRaMuTeQ® software. The analysis allowed for the distribution of criteria into two major areas: prior clinical assessment and risk classification; and post-procedure care and complication management. Thus, the review enabled the synthesis of the literature regarding the main criteria used in nursing assessment in HCI contexts, allowing for thematic subdivisions for further in-depth analysis, paving the way for new studies, and highlighting gaps in knowledge.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar, en la literatura científica, los principales criterios para la evaluación de enfermería en el período pre y posprocedimiento en el contexto de la Hemodinámica y Cardiología Intervencionista (HCI). Se realizó una revisión integradora mediante búsqueda de artículos en bases de datos del área de la salud; los datos fueron extraídos por dos investigadores de forma independiente y organizados en cuadros. La búsqueda utilizó los descriptores "cuidados de enfermería/nursing care" y "cateterismo cardíaco/cardiac catheterization". Se incluyeron 30 artículos para el análisis, los cuales fueron categorizados con el apoyo del software IRaMuTeQ®. El análisis permitió la distribución de los criterios en dos grandes áreas: evaluación clínica previa y clasificación de riesgo; y cuidados posprocedimiento y manejo de complicaciones. De este modo, la revisión permitió sintetizar la literatura sobre los principales criterios utilizados en la evaluación de enfermería en contextos de HCI, possibilitando subdivisiones temáticas para un mayor abarcamiento, abriendo espacio para nuevos estudios y evidenciando vacíos en el conocimiento.

.....

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, enquanto categoria responsável pela prestação de cuidados em saúde, apresenta-se de forma ampla nos diversos níveis da atenção e em distintas especialidades. Nesse sentido, o enfermeiro exerce um papel assistencial e organizacional que representa a importância da comunicação e da visão holística frente ao cuidado, sendo capaz de alinhar o conhecimento científico à prática, emvidando esforços para um cuidado individualizado no seu processo de trabalho.

Nesse contexto, salienta-se que a avaliação de enfermagem se baseia em um processo complexo e necessário para a elaboração do plano de cuidados, a fim de otimizar os recursos, diminuir os riscos e prestar uma assistência de qualidade e integral¹. Para tanto, vislumbrando uma assistência eficiente, elaborar um planejamento individualizado reitera a importância do enfermeiro como profissional que prima pela organização do serviço e a qualificação do atendimento.

Considerando os índices epidemiológicos relacionados à progressão das doenças cardiovasculares (DCV) na população em âmbito

mundial, evidencia-se a necessidade da realização de procedimentos invasivos de alta complexidade e maior acurácia, integrados a uma assistência ordenada e pautada em critérios validados. Nesse cenário, o Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (HCI) configura-se como o setor responsável pelo diagnóstico e/ou pela terapia de doenças coronárias, estruturais, congênitas e do ritmo, constituindo um espaço com potencial para a construção de materiais que qualifiquem esta assistência².

O enfermeiro é, nesse contexto, responsável pelo dimensionamento da equipe de enfermagem, pelo gerenciamento da unidade e pela assistência direta ao paciente no pré, trans e pós-procedimento. Considerando que a avaliação constitui o primeiro passo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, todo o acompanhamento da jornada do paciente no serviço é pautado nas informações na avaliação inicial, o que evidencia a importância de um processo coeso e contínuo³.

Desse modo, fomentar pesquisas na área de Enfermagem em Cardiologia Intervencionista faz-se necessário para o contínuo aprimoramento técnico-científico do enfermeiro. Para isso, é fundamental

buscar, de forma sistemática e com rigor metodológico, a literatura científica relacionada, possibilitando evidenciar o cenário atual nesta seara e contribuindo para o incentivo contínuo ao desenvolvimento de novas pesquisas.

Logo, a necessidade de conhecer e relacionar os critérios de avaliação de enfermagem no pré e pós-procedimentos hemodinâmicos com os cuidados necessários na assistência surge da complexidade dos procedimentos realizados no setor, atrelada às incertezas quanto aos detalhes necessários para uma assistência segura e ampla no cenário da cardiologia intervencionista.

A elaboração de um material direcionado à análise dos critérios necessários para a avaliação de enfermagem nos procedimentos hemodinâmicos, com foco nos parâmetros que requerem atenção e que são destacados na literatura mundial, visa a padronização da assistência, configurando-se como um projeto que almeja trazer benefícios no processo de assistência de enfermagem no contexto da Hemodinâmica em Cardiologia Intervencionista (HCI).

Dito isso, o objetivo deste estudo é identificar, na literatura científica, os principais critérios utilizados na avaliação de enfermagem no pré e pós-procedimentos no contexto da Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (HCI).

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), método que permite a síntese do conhecimento e a sumarização de evidências encontradas em estudos sobre temática específica. Para sua condução, seguiram-se as etapas: formulação da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para a identificação e a seleção dos estudos primários; coleta e organização dos dados dos estudos; análise crítica dos estudos selecionados; sumarização e discussão dos resultados; e, por fim, síntese do conhecimento, apresentando os aspectos encontrados.

Este estudo seguiu critérios de avaliação do *Joanna Briggs Institute (JBI)*⁴, iniciativa que visa avaliar a confiabilidade, a relevância e os resultados de trabalhos científicos, auxiliando os profissionais na tomada de decisão baseada em evidências. Além disso, seguiram-se as recomendações do checklist *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*⁵ para a seleção dos artigos.

A construção da pergunta da pesquisa envolveu a estratégia PICO, indicada para estudos não clínicos, em que: P (População) corresponde a pacientes com cardiopatias nas fases pré e pós-procedimentos hemodinâmicos; I (Interesse) refere-se à avaliação de enfermagem; e Co (Contexto) engloba os serviços de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Dessa forma, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: “Quais critérios devem ser contemplados em um instrumento para a avaliação de enfermagem em pacientes pré e pós-procedimentos hemodinâmicos?”.

As bases selecionadas para a busca dos artigos foram: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Base de dados em Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Web of Science* e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* e *Cochrane Library*, via portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Os descritores controlados foram selecionados através das terminologias dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings (MeSH)*, de acordo com a questão norteadora da pesquisa, sendo: “cateterismo cardíaco/*cardiac catheterization*” e “cuidados de enfermagem/*nursing care*”. Foi utilizado o operador booleano “AND”, gerando as seguintes combinações para cada base de dados.

Foram adotados como critérios de inclusão os artigos disponíveis na íntegra e que contemplassem a questão de busca, sem restrição quanto ao idioma ou ao período de publicação. Como critério de exclusão, desconsideraram-se artigos de revisão, anais de eventos, materiais não gratuitos, artigos de opinião (literatura cinza) e estudos relacionados a procedimentos hemodinâmicos paliativos em cardiopatias congênitas no público infantil, por abordarem especificidades que divergem do foco deste estudo.

A busca pareada foi realizada no mês de maio de 2023, por dois pesquisadores, de forma independente. Os dados dos estudos selecionados foram extraídos e incluídos na revisão integrativa pelos revisores e, posteriormente, organizados em um banco adaptado pelo modelo da *JBI* para a extração de dados, contendo informação de identificação das publicações (título, autores, idioma, país, local, periódico e ano). As análises e a discussão de divergências quanto à permanência dos artigos foram decididas por meio

de discussões críticas entre os revisores, realizadas de forma remota por meio da plataforma *Google Meet*, de modo a chegar a um ponto de comum acordo.

A classificação do nível de evidência dos estudos foi realizada conforme o sistema hierárquico apresentados pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*⁶, dos Estados Unidos da América, definido da seguinte forma: Nível I – metanálise de múltiplos estudos controlados; Nível II – estudo individual com desenho experimental; Nível III – estudo experimental ou caso-controle; Nível IV – estudos não experimentais ou de caso; Nível V – relatórios de casos, de qualidade verificável, ou dados de avaliação de programas; e Nível VI – opinião de autoridades ou de comitês de especialistas, interpretações de informações não baseadas em pesquisa e opiniões regulatórias ou legais.

Para a elaboração da discussão dos artigos em áreas temáticas e para a identificação das evidências relacionadas aos critérios de avaliação de enfermagem em ambos os momentos, os resultados dos estudos selecionados foram analisados por meio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ®)*, programa de livre acesso para *download* desenvolvido na linguagem *Python*⁷.

A partir da construção do *corpus* textual, realizou-se então a categorização dos resultados, apresentando a visão geral do todo, em subáreas temáticas distribuídas em duas grandes categorias: 1) Avaliação clínica prévia e classificação de riscos e 2) Cuidados pós-procedimento e manejo de complicações.

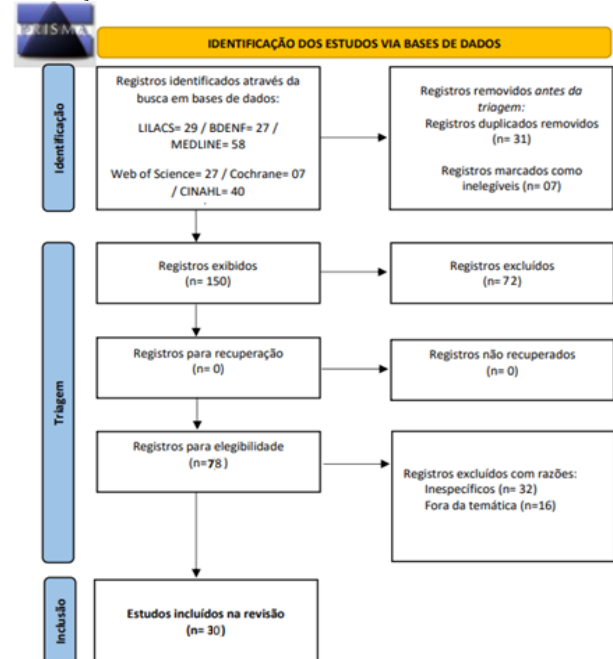
RESULTADOS

Após efetuação da estratégia de busca nas bases de dados, foi possível identificar 188 estudos. Destes, 31 foram excluídos por repetição e 7 devido à indisponibilidade do *website* da publicação, resultando em 150 artigos filtrados para triagem inicial. A seleção prosseguiu com a análise de títulos e resumos, sendo 72 artigos excluídos por abordarem temáticas não inerentes ao HCI ou por tratarem de estudos relacionados a fisiopatologia, resultando em 78 artigos.

Na etapa seguinte, realizou-se a leitura na íntegra dos textos, em que 32 estudos foram excluídos por não abordarem a temática específica dos cuidados de enfermagem nos dois momentos da assistência, e 16 por não estarem diretamente relacionados aos

cuidados da categoria, resultando na amostra final de 30 artigos (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma PRISMA (2020) adaptado para a seleção dos estudos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2025

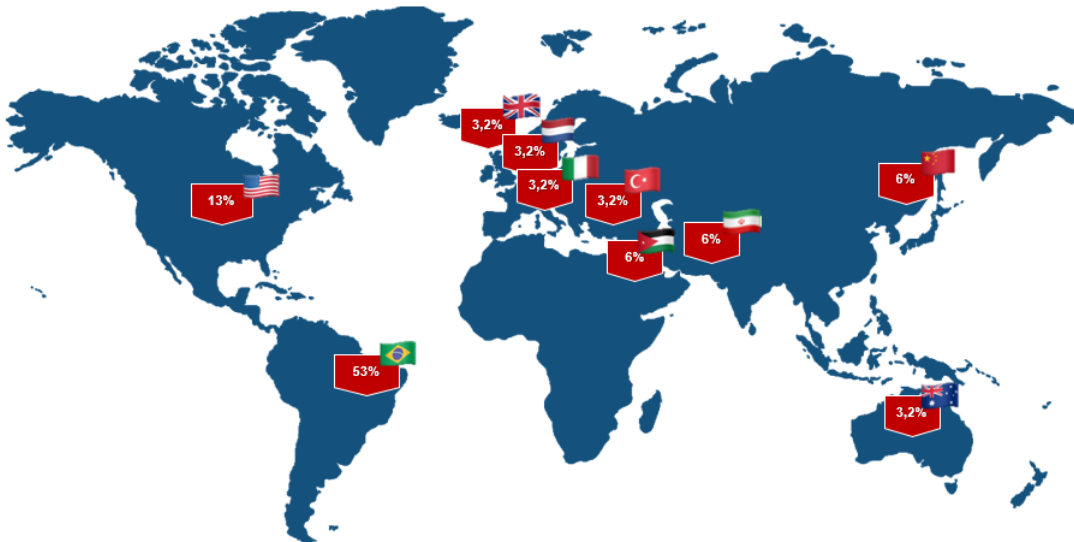


Fonte: adaptado pelos autores.

Assim, a amostra final desta pesquisa foi constituída por 30 produções, apresentadas no Quadro 2, identificados de A1 a A30 e detalhados quanto ao título no idioma de origem, autor principal, idioma da publicação, tipo de estudo, nível de evidência segundo classificação da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, base de dados e ano da publicação.

Em relação ao ano em que ocorreram as publicações, foram encontrados estudos publicados entre 1994 e 2020, sendo 2018 o ano com maior número de publicações, totalizando 6 artigos (16,2%). Quanto ao tipo de estudo e nível de evidência, verificou-se que a predominância dos estudos não experimentais ou de caso, correspondendo a 22 (73,4%) do total, classificados como nível IV. Em seguida, observaram-se 7 estudos (23,3%) com delineamento individual experimental e nível II, e, por fim, 1 estudo (3,3%) do tipo experimental ou caso-controle, classificado como nível III.

Figura 2 – Mapa Mundi apresentando porcentagens das publicações por país. Fortaleza/CE, Brasil, 2025



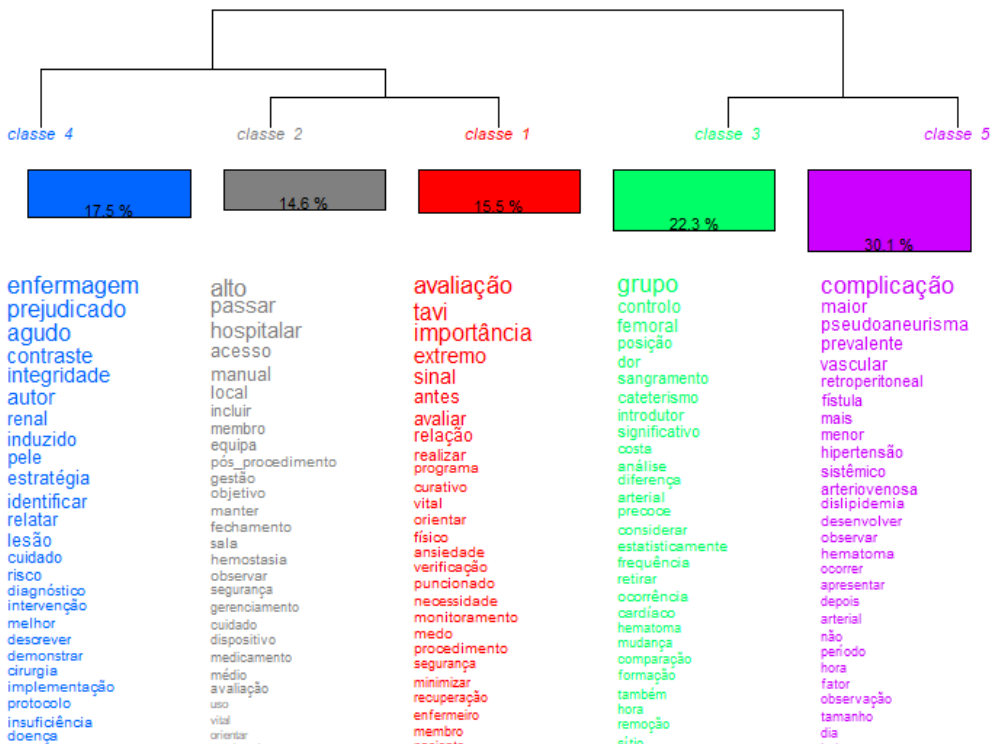
Fonte: elaborado pelos autores

Foram diversos os locais da realização dos estudos. Os países encontrados foram dez e apresentaram as seguintes porcentagens de prevalência: Brasil 16 (54%); Estados Unidos da América 4 (14%); China 2 (7%); Irã 2 (7%); Austrália 1 (3%); Jordânia 1 (3%); Turquia 1 (3%); Reino Unido 1 (3%); Itália 1 (3%) e Holanda 1 (3%).

A análise no *software* IRaMuTeQ® foi realizada a partir da construção do *corpus* textual, elaborado após a leitura dos artigos e da síntese dos resultados, dispostos em um arquivo no *Microsoft Word*®. Cada descrição dos resultados no *corpus* teve, em média, 135 palavras por artigo.

Como resultado da análise, o programa realizou a construção de quatro figuras por tipo de avaliação, sendo: Classificação Hierárquica Descendente (Figura 3); Análise Fatorial (Figura 4) e Nuvem de Palavras (Figura 5).

Figura 3 – Classificação Hierárquica Descendente referente aos artigos avaliados sobre cuidados de enfermagem no contexto da HCI, Fortaleza/CE, Brasil, 2025



Fonte: elaborado pelos autores

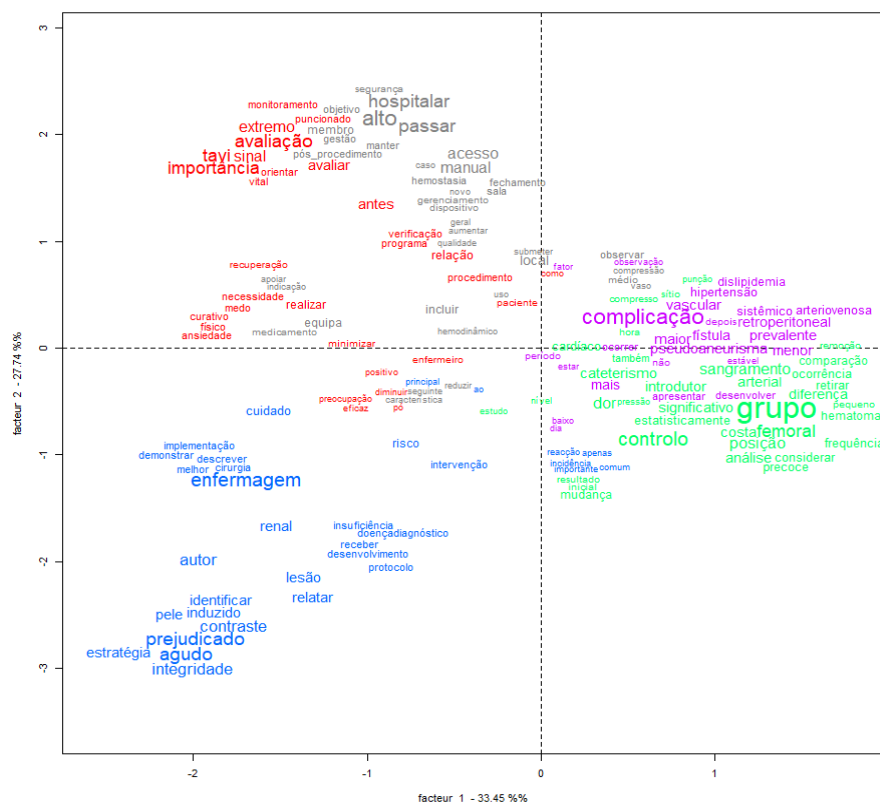
A Classificação Hierárquica Descendente (Figura 03) apresenta um dendrograma com cinco classes. A Classe 1 (vermelho) trouxe como destaque a palavra *avaliação*, evidência que corrobora com a temática deste estudo, que é a avaliação de enfermagem no contexto da HCI. Além disso, foram identificadas ocorrências relacionadas ao termo TAVI, sigla em inglês para *Transcatheter Aortic Valve Implantation*, procedimento realizado na Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista para correções estruturais, especificamente na Estenose Aórtica Grave.

As Classes 3 (verde) e 5 (roxo) apresentaram maior porcentagem da classificação em relação as outras três, totalizando (52,4%). As palavras *grupo* e *complicação* figuraram no topo da lista, entendendo a aproximação dos estudos em abordarem na sua maioria as complicações pós-procedimento, avaliando um grupo de indivíduos. A Classe 5 apresentou diversos termos técnicos associados a complicações, sendo eles: pseudoaneurisma, retroperitoneal (hematoma), fístula, hipertensão e hematoma, os quais representam complicações hemorrágicas relacionadas ao sítio de punção, bem como eventos sistêmicos vinculados à fisiopatologia das afecções cardiovasculares de modo geral.

A Classe 4 (azul) evidenciou no topo da lista a palavra *enfermagem*, destacando a categoria e aproximação dos estudos pela referência direta de autoria e realização por enfermeiros no contexto da HCI. Para mais, evidencia ainda termos ligados aos eventos pós-procedimento: *contraste*, *renal* e *induzido*, com ligação direta ao diagnóstico de enfermagem Risco de Reação Adversa a Meio de Contraste Iodado⁸, relacionado ao risco de Nefropatia Induzida por Contraste (NIC) em pacientes submetidos à infusão do fluido durante a fluoroscopia no serviço de Hemodinâmica.

A Classe de número 2 (cinza) apresenta no topo da classificação hierárquica a palavra *alto*, atribuída as menções dos artigos quanto ao alto risco de eventos adversos e ao termo alto índice de prevalência quando explicitados os resultados dos estudos analisados pelo *software*. Evidenciou-se ainda a presença do termo *pós-procedimento*, pois, em sua maioria, os estudos foram realizados neste contexto, com trabalhos observacionais ou experimentais sobre as complicações e melhores estratégias de assistência após a realização das intervenções na HCI.

Figura 4 – Análise Fatorial referente aos artigos avaliados sobre cuidados de enfermagem no contexto da HCI, Fortaleza/CE, Brasil, 2025



Fonte: elaborado pelos autores

A Análise Fatorial (Figura 4) apresenta um quadro subdividido em quadrantes dispendo das palavras pelas porcentagens de ocorrência, por ordem de tamanho – da maior para a menor –, conforme as classes em cores do dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente, sendo: Classe 01 (15,5%) *Avaliação*; Classe 02 (14,6%) *Alto*; Classe 03 (22,3%) *Grupo*; Classe 04 (17,5%) *Enfermagem* e Classe 05 (30,1%) *Complicação*.

Figura 5 – Nuvem de palavras referente aos artigos avaliados sobre cuidados de enfermagem no contexto da HCI, Fortaleza/CE, Brasil, 2025



Fonte: elaborado pelos autores

Após a interpretação das análises realizadas pelo *software* e da leitura dos artigos selecionados nesta RIL, duas categorias foram dispostas para a discussão dos critérios relevantes para a avaliação do enfermeiro na HCI: 1) Avaliação clínica prévia e classificação de riscos, composta por sete artigos, e 2) Cuidados pós-procedimento e manejo de complicações, contemplando vinte e três artigos.

A segunda categoria apresentou número expressivo de artigos em relação a primeira; portanto, adotou-se a estratégia de sua subdivisão por assuntos afins, a saber: Repouso e Mobilização (07 artigos), Sítios de Punção (08 artigos), Eventos Hemorrágicos (06 artigos) e Integridade da Pele (03 artigos).

DISCUSSÃO

1) Avaliação Clínica Prévia e Classificação de Riscos

A prática da Enfermagem no contexto da HCI contempla os procedimentos que envolvem a investigação

e mapeamento, além de tratamento percutâneo relacionado à Doença Arterial Coronariana (DAC), por meio da cineangiocoronariografia (cateterismo cardíaco) e Angioplastia Transluminal Coronariana (ATC), doenças e distúrbios do ritmo cardíaco (estudo eletrofisiológico e ablação por radiofrequência) e doenças e alterações estruturais (implante transcatereter de válvula aórtica ou tratamento transcatereter de válvula mitral), entre outros. Nesse cenário, a fase da admissão do paciente deve levar em consideração fatores de risco previamente existentes que possam ocasionar qualquer tipo de evento adverso ou deletério nas etapas subsequentes⁹.

Em um estudo (A19) que denomina a avaliação de enfermagem pré-procedimento hemodinâmico como Consulta de Enfermagem, analisando sua efetividade na identificação de critérios de risco para a realização dos procedimentos, os autores evidenciaram a presença de 15% da amostra apresentando alterações em exames complementares, seguidos de 9% com alergia medicamentosa, bem como a não suspensão de medicamentos que predispõe eventos deletérios, sendo 9% pelo uso de Cloridrato de Metformina e 1,5% por Varfarina Sódica¹⁰.

Para a avaliação prévia quanto ao risco de sangramento após procedimentos em HCI, atualmente há o instrumento (A12) preditor denominado *Vascular Complications Risk (VASCOR) Score*, pelo qual mensurase o risco do paciente em <3 pontos (sem risco) ou ≥ 3 pontos (com risco), leva-se em consideração as seguintes características: 1) utilização de introdutor maior ou igual a 06 *French* (04 pontos); 2) Intervenção Coronária Percutânea (ICP) (2,5 pontos); 3) Histórico de complicação vascular por ICP (02 pontos); 4) Uso de Varfarina Sódica ou Phenprocoumon (02 pontos); 5) Sexo feminino (1,5 ponto); e 6) Idade ≥ 60 anos (1,5 ponto). A avaliação do risco de sangramento é uma importante estratégia na avaliação prévia, pois eventos hemorrágicos graves podem elevar consideravelmente o risco de mortalidade na HCI¹¹.

A utilização de meios de contraste iodados em HCI é rotineiramente empregada a fim de possibilitar uma fluoroscopia de qualidade. No entanto, pode ser desencadeadora da Nefropatia Induzida por Contraste (NIC). A prevenção da NIC tem sido foco de muitos estudos, entre eles (A15) evidencia-se o uso de solução salina intravenosa, otimização de ingestão hídrica por via oral ou ainda a profilaxia com bicarbonato de sódio, favorecendo a expansão volêmica e corroborando para a excreção efetiva do meio de contraste¹².

Com o propósito de destacar pontos que abordem a prevenção de agravos, a avaliação prévia e a classificação de riscos, foram evidenciadas como medidas que, realizadas previamente, contribuem como ferramentas para a segurança e qualidade. A fase de admissão realizada criteriosamente proporciona mais segurança ao profissional e ao paciente. A avaliação prévia dos sítios de punção e as medidas para a prevenção da NIC ressaltam seu valor em relação a prevenção de eventos deletérios e a qualidade do processo, focando no bem-estar do indivíduo.

2) Cuidados Pós-procedimento e Manejo de Complicações

2.1 Repouso e Mobilização

O tempo de repouso no leito após o cateterismo cardíaco é alvo de estudo desde o início das atividades em HCI. O estudo precursor (A05) desta avaliação, evidenciado nesta RIL, foi publicado em 1994, e avaliou pacientes pós cineangiocoronariografia diagnóstica por via femoral pela Técnica de *Judkins*, utilizando introdutores 07 *French*. O grupo controle seguiu a recomendação da época de 12 horas de repouso no leito após a retirada do introdutor arterial, enquanto o grupo experimental teve esse período reduzido pela metade; ambos os grupos receberam anticoagulação plena com HNF na mesma proporção. O estudo não observou diferença significativa no aumento de eventos hemorrágicos (hematomas) entre os grupos, sendo adotado desde então o período de repouso no leito de 06 horas no centro em que a pesquisa foi realizada¹³.

Em Hong Kong, no ano de 2012, enfermeiros avaliaram (A11) os efeitos da deambulação precoce sobre lombalgia, desconforto urinário e sangramento no sítio de punção. Foram avaliados pacientes pós-cateterismo cardíacos pela via femoral, sem uso de anticoagulantes; entretanto, não é citado calibre dos introdutores arteriais. O tempo para a deambulação precoce estabelecido foi de 4 horas após a retirada do introdutor. Os autores não observaram diferenças significativas entre os grupos, registrando ausência de eventos hemorrágicos no grupo experimental, bem como diminuição da lombalgia e desconforto urinário¹⁴.

No Brasil, Matte¹⁵ avaliou a redução do tempo de 5 para 3 horas em pacientes eletivos submetidos à cineangiocoronariografia diagnóstica pela

abordagem transfemoral, utilizando introdutores de 06 *French*. Após a retirada do introdutor femoral, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos. Os pacientes foram acompanhados por *follow-up*, com contatos telefônicos em 24, 48 e 72 horas após a alta. Nenhum dos grupos fez uso de HNF no pós-procedimento (A26).

A MD também foi foco de estudo por Rezaei-Adaryani *et al.*¹⁶, no qual avaliou para além das implicações no conforto, como também para alterações hemodinâmicas, como a Frequência Cardíaca (FC) e a Pressão Arterial (PA). Os grupos experimentais que receberam a MD após o cateterismo cardíaco apresentaram menor intensidade da lombalgia nas avaliações realizadas às 3, 6 e 8 horas pós-procedimento, bem como na manhã subsequente. Ademais, foram observadas menores elevações da FC e PA nesses grupos experimentais (A27).

Abordando os cuidados na fase pós-procedimento, o repouso e mobilização se manifestam como fatores relevantes para a reabilitação do paciente. Os estudos referidos indicaram que a diminuição dos períodos de repouso não representou alterações e incidências de eventos hemorrágicos, demonstrando efeitos positivos para o conforto. No tocante a mobilidade no leito e mudança de decúbito, a realização desses procedimentos é medida que minimizam a lombalgia e o desconforto urinário.

2.3 Sítios de Punção

Os locais de escolha para a punção no cateterismo cardíaco são essenciais para a realização do procedimento e, a depender de cada um deles, possuem riscos e benefícios diferentes ao paciente. As punções braquiais estão sendo cada vez mais raras de serem realizadas, dentre outros motivos, pela necessidade de dissecação para o acesso à artéria braquial (A21).

A técnica de punção femoral foi, por muito tempo, a mais empregada e ainda figura em boa parte dos procedimentos. No entanto, para a cineangiografografia, o advento das técnicas de punção radial comum e radial distal (tabaqueira anatômica) têm ganhado cada vez mais espaço na HCI, pois diminuem a incidência de eventos hemorrágicos graves, além de diminuir o tempo de repouso no leito, consequentemente contribuindo para a redução do tempo de internação¹⁷.

A escolha do introdutor (bainha) a ser introduzido na punção varia de acordo com a especificidade do

procedimento, pelo calibre do vaso e pela técnica a ser empregada. De modo geral, sítios de punção femorais utilizam introdutores de 5 e 10 *French*, sendo os mais calibrosos utilizados nas punções venosas no contexto da eletrofisiologia (A06). A retirada desse dispositivo pelo enfermeiro constitui um momento crucial para a assistência de enfermagem em cardiologia. Estudos que avaliaram o desempenho de enfermeiros especialistas nessa prática atribuíram de 80% a 89% de bom desempenho em sua realização¹⁸.

Entretanto, o advento da punção radial tem sido amplamente empregado na HCI, tornando-se cada vez mais popular ao longo dos anos, pois, como já exposto, apresenta qualidade e segurança superior às demais técnicas. No entanto, é válido ressaltar que essa técnica é utilizada no contexto do diagnóstico e tratamento da DAC (A29).

A superioridade da Técnica Radial (TR) em comparação à Técnica Femoral (TF) é relatada no estudo de Cao *et al.*¹⁹, que identificou redução da lombalgia de 49,2% na TF para 12,7% na TR na manhã do dia seguinte à cineangiografografia, bem como a mobilidade precoce e a diminuição do tempo de cuidados de enfermagem, sem aumentar a incidência de complicações vasculares (A05).

No entanto, alguns cuidados específicos são necessários quando a TR é empregada, dentre eles estão a prevenção da Oclusão da Artéria Radial (OAR), evento que ocorre de 2% a 10% dos pacientes abordados por essa técnica. A redução do tempo e da compressão desnecessária sobre o sítio de punção são estratégias para a sua prevenção²⁰. Nessa perspectiva, o Teste de *Barbeau* Reverso é empregado para avaliar a patência radial, possibilitando o desmame da bandagem compressiva ou da pulseira de compressão seletiva²⁰.

Nesse contexto, a avaliação de sítio de punção manifesta-se como etapa importante, a fim de evitar as intercorrências relacionadas às vias de acesso. Mudanças na escolha do local anatômico têm sido realizadas, com vistas a diminuir a incidência de eventos graves, complicações que podem retardar a recuperação e aumentar custos hospitalares. Nessas circunstâncias, a técnica de punção radial tem conseguido uma posição de destaque, devido à maior segurança, qualidade e conforto em sua utilização.

2.4. Eventos Hemorrágicos

Os eventos hemorrágicos em HCI são complicações

com potencial risco de agravamento dos pacientes, se não identificadas e abordadas em tempo hábil. Muitos são os fatores e contextos que podem contribuir para esse tipo de desfecho, incluindo o uso de anticoagulantes, compressão manual inadequada do sítio de punção, introdutor retirado fora do laboratório de HCI e as primeiras duas horas após a retirada do introdutor²¹.

Quanto as características intrínsecas dos pacientes, determinados perfis clínicos e diagnósticos prévios estão associados a maior risco de complicações vasculares. Entre eles, destacam-se indivíduos idosos, mulheres, portadores de insuficiência renal, bem como extremamente magros ou obesos²². Além disso, configuram-se ainda como alto risco portadores de doença vascular periférica grave, hipertensão sistólica grave e alterações laboratoriais em plaquetas e hematócritos, bem como coagulopatias²².

Para além de fatores intrínsecos, enfermeiros demonstraram²³ (A28) preocupação à mudança de posicionamento do paciente após abordagens pela TF, devido ao receio de sangramentos e hematomas. Entretanto, a mudança de posicionamento no leito se mostrou estratégia eficaz para a diminuição de lombalgia e melhora do conforto, sem o aumento de eventos hemorrágicos, quando seguidas as recomendações já expostas nesta RIL.

Na abordagem pela TR, o empenho de dispositivos para manutenção da hemostasia após a retirada da bainha se mostrou eficaz (A16) no controle e diminuição de sangramentos ativos e hematomas. Entre esses dispositivos, destaca-se a pulseira de compressão seletiva, em que se oclui apenas o vaso puncionado (artéria radial), permitindo a irrigação distal do membro pela artéria ulnar, dirimindo ainda a evolução da OAR²⁴.

O manejo imediato dos eventos hemorrágicos é essencial para a manutenção da hemodinâmica do paciente atendido em HCI. Quando avaliados (A6) pacientes submetidos à abordagem femoral que realizaram ICP e por conseguinte utilizando HNF, foi avaliada a utilização de compressa fria, com duração de 15 minutos, no local da punção, e mostrou resultados positivos para a diminuição do tamanho do hematoma e da equimose, bem como diminuição da dor do sítio²⁵.

Pode-se inferir que a prevenção de eventos hemorrágicos é um processo que se inicia desde a avaliação pré-procedimento, com a coleta de informações a serem somadas na fase pós. Neste

sentido, foram enumerados critérios avaliativos como preditores de risco e as estratégias para o manejo das complicações.

2.5. Integridade da Pele

O uso de curativos compressivos realizados sobre os locais de punção após o cateterismo cardíaco pode desencadear efeitos deletérios ao paciente, trazendo riscos para a integridade da pele. Nesses casos, o Diagnóstico de Enfermagem (DE) "Integridade Tissular Prejudicada" subsidia intervenções e atividades profissionais para o manejo dessas complicações (A16).

Os principais e mais relevantes cuidados no contexto das lesões de pele desencadeadas por curativos pós-intervenções em HCI incluem o controle da pressão aplicada sobre a pele, administração de fármacos tópicos, cuidados com o sítio de punção, manejo com a lesão e controle de infecção. Todas essas estratégias foram validadas a partir da avaliação de enfermeiros especialistas nas áreas correlatas e podem ser empregadas na prática profissional no contexto da HCI²⁶.

A abordagem pela TF corrobora para maior risco da lesão por abrasão ou *skin tear*, relacionada à retirada do curativo (A17), demandando maior atenção por parte dos enfermeiros. Como estratégia para a diminuição deste evento, sugere-se a proteção primária da pele com fita microporosa, para então a aplicação da bandagem compressiva com esparadrapo²⁷.

No entanto, a prevenção de lesões cutâneas pelos curativos compressivos, ou ainda, o tempo de permanência e efetividade da compressão, ainda não são bem documentadas na literatura científica no contexto da HCI, apresentando lacuna no conhecimento a partir de níveis de evidência de alta qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A RIL permitiu ampliar a visão geral sobre os principais critérios na avaliação de enfermagem no contexto da HCI. Foi observada grande produção da área no Brasil (42,2%), no entanto, com nível de evidência IV como predominante (57,9%).

Não foram evidenciados estudos de validação de instrumentos por especialistas ou com rigor científico na busca da literatura quando avaliado

o contexto geral da Cardiologia e Hemodinâmica, abrangendo os procedimentos da eletrofisiologia e correções estruturais, para além das intervenções coronárias.

Grande parte das produções avaliaram cuidados e critérios relacionados ao tempo de repouso no leito e mobilidade, bem como manejo de eventos hemorrágicos. No entanto, observou-se carência de literaturas pertinentes quanto a avaliação e cuidados com a pele relacionados aos procedimentos em HCI.

Diante do exposto, evidencia-se que considerar todo o processo relacionado aos procedimentos no contexto da HCI exige um olhar amplo, que se inicia na investigação de possíveis fatores complicadores para os procedimentos, avaliando condições já existentes no paciente que demandam maior atenção, assim como um olhar clínico qualificado para manejo de complicações pós-procedimento, perante à identificação de sinais sugestivos que emergem no decorrer do processo de recuperação.

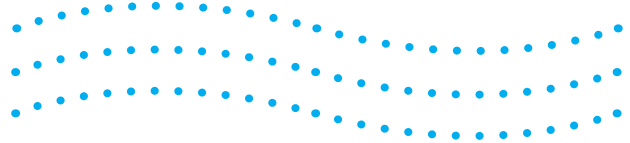
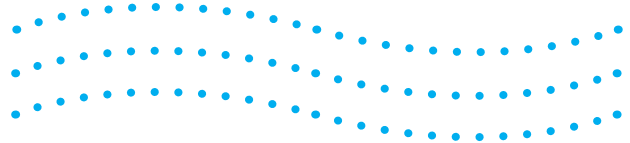
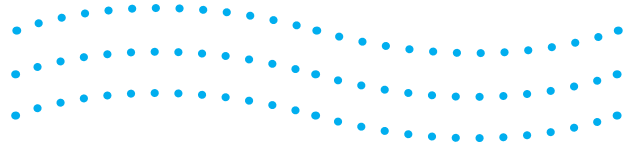
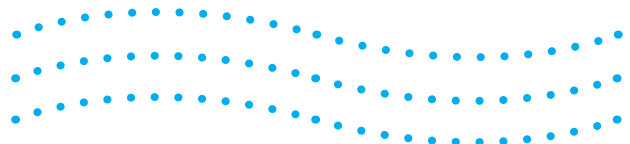
CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Francisco Ariel Santos da Costa, autor principal, contribuiu na concepção teórica e metodológica, análise dos dados e redação. **Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa** contribuiu na supervisão e orientação teórica e metodológica, revisão crítica e apoio na redação e revisão final. **Virna Ribeiro Feitosa Cestari** contribuiu realizando a revisão crítica do manuscrito. **Amanda Caboclo Flor** contribuiu com a análise crítica dos dados da pesquisa e redação do texto. **Gabriele Santos Queiroz** contribuiu nas discussões, análise e redação final do texto. **Raquel Sampaio Florêncio** contribuiu com a revisão crítica do trabalho, oferecendo sugestões e recomendações que auxiliaram no aprimoramento da pesquisa e na consolidação da versão final.

REFERÊNCIAS

- Sartori AA, Gaedke MÂ, Moreira AC, Graeff MS. Nursing diagnoses in the hemodynamics sector: an adaptive perspective. *Rev esc enferm USP*. 2018;52:e03381. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017006703381>
- Silva APL, França APF, Benetti CFA. *Enfermagem em cardiologia intervencionista*. São Paulo: HCOR; 2019.
- Dutra CKR, Salles BG, Guirardello EB. Situações e razões para a omissão do cuidado de enfermagem em unidades de clínica médica e cirúrgica. *Rev esc enferm USP*. 2019;53:e03470. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017050203470>
- Joanna Briggs Institute. *Critical appraisal tools*. Adelaide: JBI; 2020.
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garritty C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467-473. doi: 10.7326/M18-0850.
- Agency for Healthcare Research and Quality. *Grading the strength of a body of evidence when assessing health care interventions for the effective health care program of the agency for healthcare research and quality: an update*. Rockville: AHRQ; 2013.
- Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev esc enferm USP*. 2018;52:e03353. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>
- Herdman TH. *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions & classification, 2018-2020*. New York: Thieme Medical Publishers; 2018.
- White K, Macfarlane H, Hoffmann B, Sirvas-Brown H, Hines K, Rolley JX, Graham S. Consensus Statement of Standards for Interventional Cardiovascular Nursing Practice. *Heart Lung Circ*. 2018 May;27(5):535-551. doi: 10.1016/j.hlc.2017.10.022.
- Moreira MLAP, Mizuno EW, Meireles GCX. Consulta de enfermagem pré-cateterismo cardíaco e intervenções coronárias percutâneas. *Rev enferm UFPE on line*. 2017;11(6):2548-56. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i6a23423p2548-2556-2017>
- Romero PS, Costanzi AP, Hirakata VN, Beghetto MG, Sauer JM, Rabelo-Silva ER. Subsample analysis of the Vascular Complications Risk Score at two public referral centers for interventional cardiology. *Rev esc enferm USP*. 2019;53:e03438. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018005103438>
- Lambert P, Chaisson K, Horton S, Petrin C, Marshall E, Bowden S, Scott L, Conley S, Stender J, Kent G, Hopkins E, Smith B, Nicholson A, Roy N, Homsted B, Downs C, Ross CS, Brown J; Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. Reducing Acute Kidney Injury Due to Contrast Material: How Nurses Can Improve Patient Safety. *Crit Care Nurse*. 2017 Feb;37(1):13-26. doi: 10.4037/ccn2017178.

13. Keeling AW, Knight E, Taylor V, Nordt LA. Postcardiac catheterization time-in-bed study: enhancing patient comfort through nursing research. *Appl Nurs Res.* 1994 Feb;7(1):14-7. doi: 10.1016/0897-1897(94)90015-9.
14. Chair SY, Yu M, Choi KC, Wong EM, Sit JW, Ip WY. Effect of early ambulation after transfemoral cardiac catheterization in Hong Kong: a single-blinded randomized controlled trial. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2012 May;12(3):222-30. doi: 10.5152/akd.2012.065.
15. Matte R. Repouso de três horas no leito após cateterismo cardíaco diagnóstico com introdutor 6 french não aumenta complicações decorrentes da punção arterial: ensaio clínico randomizado [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS; 2014.
16. Rezaei-Adaryani M, Ahmadi F, Mohamadi E, Asghari-Jafarabadi M. The effect of three positioning methods on patient outcomes after cardiac catheterization. *J Adv Nurs.* 2009 Feb;65(2):417-24. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04889.x.
17. Aguiar BF, Rinaldi ECA, Cintho LMM, Martins CLS, Zimmerman MH. Importância dos cuidados de enfermagem no cateterismo cardíaco. *Cienc Cuid Saude.* 2016; 15(3): 460-465. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i3.24894>
18. Schiks I, Schoonhoven L, Verheugt F, Aengevaeren W, van Achterberg T. Performance evaluation of arterial femoral sheath removal by registered nurses after PCI. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007 Sep;6(3):172-7. doi: 10.1016/J.EJCNURSE.2006.08.001.
19. Cao X, Fung SY, Lai YY, Chair SY, Chew HSJ. Difference of Radial Access and Femoral Access on Patient Outcomes in Diagnostic Cardiac Catheterization: a quasi-experimental study. *Connect: The World of Critical Care Nursing.* 2018; 12(3): 73-81.
20. Bonnett C, Becker N, Hann B, Haynes A, Tremmel J. Preventing Radial Artery Occlusion by Using Reverse Barbeau Assessment: Bringing Evidence-Based Practice to the Bedside. *Crit Care Nurse.* 2015 Aug;35(4):77-82. doi: 10.4037/ccn2015428.
21. Gonzales L, Fields W, McGinty J, Gallo AM. Quality improvement in the catheterization laboratory: redesigning patient flow for improved outcomes. *Crit Care Nurse.* 2010 Apr;30(2):25-32. doi: 10.4037/ccn2010832.
22. Huber C. Safety after cardiac catheterization. *Am J Nurs.* 2009 Aug;109(8):57-8. doi: 10.1097/01.NAJ.0000358503.52667.bf.
23. Suggs PM, Lewis R, Hart AC, Troutman-Jordan M, Hardin SR. What's Your Position? Strategies for Safely Reaching Patient Comfort Goals After Cardiac Catheterization via Femoral Approach. *Dimens Crit Care Nurs.* 2017 Mar/Apr;36(2):87-93. doi: 10.1097/DCC.0000000000000232.
24. Córdova ESM, Santos LRD, Toebe D, Moraes MAP, Souza EN. Incidence of hemorrhagic complications with use of a radial compression device: a cohort study. *Rev Esc Enferm USP.* 2018 Dec 10;52:e03410. English, Portuguese. doi: 10.1590/S1980-220X2017041003410.
25. Kurt Y, Ka ıkçı M. The effect of the application of cold on hematoma, ecchymosis, and pain at the catheter site in patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Int J Nurs Sci.* 2019 Sep 5;6(4):378-384. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.09.005.
26. Pezzi MV, Rabelo-Silva ER, Paganin A, de Souza EN. Nursing Interventions and Outcomes for the Diagnosis of Impaired Tissue Integrity in Patients After Cardiac Catheterization: Survey. *Int J Nurs Knowl.* 2016 Oct;27(4):215-219. doi: 10.1111/2047-3095.12140.
27. Gomes ET, Marinho MALP, Galvão MCB, Rego DPC, Vieira JA, Santos ML. Lesão por abrasão após cateterismo cardíaco: relato de caso. *Rev SOBECC.* 2018; 23(2):109-13. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800020009>



CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: REVISÃO DE ESCOPO

CLINICAL SIMULATION SCENARIOS IN PEDIATRIC NURSING: A SCOPING REVIEW

ESCENARIOS DE SIMULACIÓN CLÍNICA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA: REVISIÓN DE ALCANCE

Carla Isabel Soares da Silva Melo ¹Tainá Martins da Silva Tomaz ²Eveline Pinheiro Beserra ³Raquel Alves de Oliveira ⁴Débora Feitosa de França ⁵Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima ⁶**Como Citar:**

Melo CISS, Tomaz TMS, Beserra EP, Oliveira RA, França DF, Lima ACMACC. Cenários de simulação clínica em enfermagem pediátrica: revisão de escopo. *Sanare*. 2025;24(2).

Descritores:

Pediatria; Treinamento por Simulação; Enfermagem; Enfermagem Pediátrica.

Descriptors:

Pediatrics; Simulation Training; Nursing; Pediatric Nursing.

Descriptores:

CPediatria; Entrenamiento por Simulación; Enfermería; Enfermería Pediátrica.

Submetido:

26/02/2025

Aprovado:

19/11/2025

Autor(a) para Correspondência:

Eveline Pinheiro Beserra
End: Rua Alexandre Baraúna, 1115,
Rodolfo Teófilo - CEP: 60430-160
Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: eve_pinheiro@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivou-se, neste estudo, mapear os cenários de simulação clínica em Enfermagem Pediátrica disponíveis na literatura. Trata-se de uma Revisão de Escopo que seguiu as etapas recomendadas pelo Joanna Briggs Institute e o checklist PRISMA-ScR. Foram utilizadas quatro bases de dados eletrônicas e três bases da literatura cinzenta. Os dados foram inseridos no software Rayyan e, posteriormente, organizados em uma planilha e submetidos à análise narrativa. Foram identificados 838 estudos no total, sendo 57 duplicados. Após a leitura de títulos e resumos, 71 estudos foram selecionados para a leitura completa. Por fim, 30 estudos foram selecionados para a amostra final. Observou-se que os cenários de simulações, tanto nas pesquisas dos artigos como nos estudos da literatura cinzenta eram, em sua maioria, voltados para a prática clínica, com o diferencial de que os artigos utilizaram simulações *in situ* no ambiente hospitalar e os estudos da literatura cinzenta realizaram as simulações em centros de simulações em ambientes universitários. Nesse sentido, percebeu-se o impacto significativo das simulações realísticas na formação de profissionais de saúde e recomenda-se que essa proposta de simulação realística seja utilizada em outros cenários clínicos e, principalmente, inserida na grade curricular e na educação permanente de enfermeiros.

1. Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: carlaisabel2614@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6826-7155>

2. Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: tomaztaina@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2609-1793>

3. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: evelinepinheiro@ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0631-8461>

4. Mestra em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: queloliveiraa@alu.ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0136-1276>

5. Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutoranda em Biotecnologia pela Universidade Potiguar. E-mail: deborafranca_enf@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2624-5375>

6. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: anacarolina@ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1469-1805>

Cent. de Redação Científica: Central das Revisões. Edição de texto: Karina Maria M. Machado. Revisão de provas: Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

The aim of this study was to map the clinical simulation scenarios in Pediatric Nursing available in the literature. This is a scoping review conducted according to the steps recommended by the Joanna Briggs Institute and the PRISMA-ScR checklist. Four electronic databases and three gray literature sources were used. We inserted data into the Rayyan software, subsequently, organized them in a spreadsheet, and subjected them to narrative analysis. The search identified a total of 838 studies, including 57 duplicates. After screening titles and abstracts, we selected 71 studies for full-text reading and ultimately included 30 studies in the final sample. Most simulation scenarios described in both articles and gray literature, focused on clinical practice. However, articles primarily implemented in situ simulations in hospital settings, whereas gray literature studies conducted simulations in university-based simulation centers. The findings demonstrate the significant impact of high-fidelity simulation on the training of health professionals. Therefore, we recommend applying the high-fidelity simulation approach in other clinical settings and, especially, integrating it into nursing curricula and continuing education programs.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue mapear los escenarios de simulación clínica en Enfermería Pediátrica disponibles en la literatura. Se trata de una Revisión de Alcance que siguió las etapas recomendadas por el Joanna Briggs Institute y la lista de verificación PRISMA-ScR. Se utilizaron cuatro bases de datos electrónicas y tres fuentes de literatura gris. Los datos se ingresaron en el software Rayyan y, posteriormente, se organizaron en una hoja de cálculo y se sometieron a un análisis narrativo. En total, se identificaron 838 estudios, de los cuales 57 fueron duplicados. Tras la lectura de títulos y resúmenes, se seleccionaron 71 estudios para la lectura completa. Finalmente, 30 estudios conformaron la muestra final. Se observó que los escenarios de simulación, tanto en los artículos científicos como en los estudios de literatura gris, se orientaron mayoritariamente hacia la práctica clínica, con la diferencia de que los artículos emplearon simulaciones in situ en el entorno hospitalario, mientras que los estudios de literatura gris realizaron las simulaciones en centros de simulación de instituciones universitarias. En este sentido, se evidenció el impacto significativo de las simulaciones realistas en la formación de los profesionales de la salud, y se recomienda que esta metodología sea aplicada en otros escenarios clínicos e incorporada, principalmente, en los planes de estudio y en la formación permanente de los profesionales de enfermería.

INTRODUÇÃO

A aprendizagem é uma forma de o sujeito modificar a si mesmo e transformar o seu contexto. Nesse sentido, ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela reflexão-ação que aponta a resolução de situações-problema como uma de suas estratégias didáticas¹, tornando o aluno ativo no processo de aprendizagem, bem como proporcionando autonomia na aquisição do conhecimento.

No que tange ao processo ativo de aprendizagem, percebe-se que deve promover o desenvolvimento de motivação e entusiasmo dos alunos para o aprendizado, a partir de uma aprendizagem que valoriza os aspectos críticos, centrando-se no aprendiz e em uma relação comunicativa adequada entre professor e aluno, sendo esses aspectos relevantes para a construção de competências na futura prática profissional do enfermeiro. Ainda considerando as metodologias ativas mais utilizadas na enfermagem, pode-se destacar algumas práticas mais empregadas, como o aprendizado baseado em

problemas, a aprendizagem por projetos, a simulação clínica, o estudo de caso e a aprendizagem baseada em equipes, entre outras².

Nesse cenário, tem-se a simulação clínica como um método que vem sendo utilizado no ensino de enfermagem, nos laboratórios de ensino e nos centros de simulações, permitindo um espaço de transformação e reflexão para o desenvolvimento de competências essenciais ao cuidado centrado no paciente, com atualizações e aprimoramento no processo de ensino-aprendizagem³. Por meio desse método, são obtidos resultados como a correção de falhas pela oportunidade de repetição das técnicas simuladas, discussão sobre as dificuldades encontradas, oportunidade de um ensino ético e profissional, além de priorizar a segurança do paciente.

Ademais, os contextos de simulação podem ser os mais diversos possíveis, sendo aplicados em diferentes áreas do conhecimento. Destaca-se ainda que, em situações de prática corriqueira, como as de situações inesperadas, deve-se sempre visar a segurança do aluno em formação como também a do

paciente. Assim, tal constatação reforça a relação existente entre o incentivo à prática simulada e a segurança do paciente.

Ao se tratar de sujeitos vulneráveis, como crianças, pode surgir mais insegurança do discente ao lidar com esse público. Em uma pesquisa qualitativa com alunos de graduação em enfermagem sobre a simulação em pediatria, houve relato de participantes de que, mesmo em ambientes simulados, observou-se o estresse perante as experiências clínicas com crianças, devido à vulnerabilidade do paciente pediátrico.

Corroborando esse achado, um estudo quase-experimental em três instituições de ensino superior públicas, no Brasil, do qual participaram 93 graduandos em enfermagem, na disciplina de enfermagem pediátrica, percebeu que o uso de simulação clínica permitiu uma aprendizagem maior após uma simulação clínica de alta fidelidade. Com isso, percebe-se que a simulação clínica de alta fidelidade, como estratégia de ensino, impactou positivamente no aprendizado cognitivo dos estudantes⁵.

Assim, tendo em vista a importância de vincular a prática profissional do enfermeiro às habilidades adquiridas adequadamente durante o período de formação, considera-se relevante sintetizar as evidências disponíveis sobre a temática, contribuindo para uma assistência de enfermagem baseada em evidências acerca do papel da simulação na aquisição de habilidades pelo enfermeiro em formação.

Portanto, torna-se necessário repensar novas formas de contribuir para o processo de ensino-aprendizagem dos alunos de graduação e pós-graduação, no contexto da utilização de metodologias ativas em enfermagem pediátrica. Nesse contexto, objetiva-se mapear os cenários de simulação clínica em enfermagem pediátrica disponíveis na literatura.

METODOLOGIA

Trata-se de uma *scoping review* que seguiu as etapas recomendadas pelo Joanna Briggs Institute (JBI), sendo estas: identificação da questão da pesquisa; identificação dos estudos relevantes; seleção dos estudos; análise dos dados; bem como o agrupamento, síntese e apresentação dos dados⁶.

Para a coleta, extração e seleção dos artigos, foi seguido o protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA-

ScR), que busca orientar a confecção de revisões de escopo, mediante padronização. O protocolo da revisão foi registrado no *Open Science Framework* (OSF) com o DOI: 10.17605/OSF.IO/YNVS2.

Visando à elaboração da pergunta norteadora, utilizou-se a estratégia População, Conceito e Contexto (PCC), sendo que a população elencada foi a pediatria, o conceito foi representado pela simulação realística, e o contexto pela enfermagem⁶. Dessa forma, a pergunta norteadora da revisão, para o alcance do objetivo proposto, foi: Quais cenários de simulação clínica em enfermagem pediátrica são descritos na literatura?

Para a seleção dos artigos, primeiramente, foi efetuada uma consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e aos Medical Subject Headings (MeSH), em todas as bases de dados, sendo identificados e utilizados os descritores abaixo e seus sinônimos, com a utilização dos operadores booleanos AND e OR. Os termos utilizados foram: “*infant, newborn*” OR “*infant*” OR “*children, preschool*” OR “*child*”, “*simulation training*” OR “*education nursing*” OR “*high fidelity simulation training*” OR “*simulation training*” OR “*patient simulation*”, “*pediatric nurse*” OR “*pediatric nurse practitioners*”.

As bases de dados selecionadas para a busca do presente estudo foram *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Scopus e o portal PubMed. Efetuou-se a busca na literatura cinzenta no banco de dados de teses e dissertações pelo Portal de Periódicos da CAPES, utilizando o serviço de autenticação em acesso aberto CAFE, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e a *Open Access Theses and Dissertations*.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos disponíveis eletronicamente na íntegra, artigos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, e que abordaram variáveis relacionadas à simulação clínica em enfermagem pediátrica. Os critérios de exclusão foram: artigos de estudo de caso, editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos ou de revisão, anais de eventos científicos, publicações duplicadas e estudos sobre a temática que não responderam integralmente à questão norteadora.

As buscas foram realizadas por dois avaliadores independentes no período de agosto a setembro de 2023. Posteriormente, os artigos foram destinados ao software Rayyan®, ferramenta utilizada para o cegamento da pesquisa e posterior julgamento da inclusão dos estudos. Foi utilizado um terceiro

avaliador que emitiu seu parecer nos casos com opiniões divergentes entre os dois primeiros avaliadores.

Com a seleção dos artigos, que ocorreu após a leitura do material identificado e a finalização da amostra, os indicadores da coleta foram explanados em planilhas no programa Microsoft Excel 365®, envolvendo: ano de publicação; país de origem; objetivo do estudo; objetivo de aprendizagem; fidelidade; tema da simulação; aplicado para alunos de graduação; aplicado para enfermeiros; neonatologia; cenário construído da simulação clínica em pediatria; solução do problema e instrumento/escala de simulação. Esses dados foram apresentados em formato de tabelas, com estatística descritiva, e submetidos a uma análise narrativa.

RESULTADOS

Identificaram-se 825 artigos por meio da busca nas bases de dados e 13 artigos da literatura cinzenta, totalizando 838 estudos. Do total, 57 eram duplicatas e foram removidos da amostra. Os 769 estudos restantes foram selecionados para a leitura do título e resumo. Após a leitura, 706 foram excluídos e 63 estudos foram selecionados para a leitura completa do artigo. Do total de 825 artigos encontrados, 24 foram incluídos na revisão. Quanto aos estudos de outras fontes de dados, inicialmente foram encontrados 13 estudos. Desse total, um estudo era duplicata e foi excluído da amostra. Os outros 12 estudos foram selecionados para a triagem e, em sequência, quatro foram excluídos por apresentarem pouca relevância para o tema.

Ao final, oito estudos foram selecionados para a leitura na íntegra e apenas seis desses estudos foram incluídos na amostra. Por fim, 30 estudos das bases de dados e de outras fontes foram selecionados para compor esta revisão.

Tabela 1 – Descrição dos estudos das bases e da literatura cinzenta. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024

Código/Autor/ Ano de publicação/ País de origem	Tipo de estudo e participantes envolvidos	Duração e local de aplicação
1. Buyck <i>et al.</i> , 2019/ Suíça	Ensaio clínico randomizado com enfermeiros e residentes de medicina	Quatro horas (múltiplos cenários) em um centro de simulação em um hospital universitário
2. Lemke <i>et al.</i> , 2021/ Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado com enfermeiros e residentes de medicina	Vinte minutos a uma hora no Conjunto de Simulação <i>in situ</i> do departamento de emergência do Hospital Infantil do Texas
3. Chan <i>et al.</i> , 2019/ Estados Unidos	Descritivo com enfermeiros, médicos, paramédicos e farmacêuticos	Vinte minutos na área de reanimação de um pronto-socorro pediátrico
4. Brown <i>et al.</i> , 2020/ Estados Unidos	Prospectivo pré-pós-intervencionista com enfermeiros pediátricos	Quatro a cinco horas (múltiplos cenários) em um centro de simulação de uma grande instituição médica acadêmica
5. Hassanein <i>et al.</i> 2021/ Egito	Prospectivo estruturado em um coorte com enfermeiros pediátricos	Quarenta a cinquenta minutos no Hospital Infantil da Universidade Ain Shams
6. Quick, 2022/ Estados Unidos	Estudo piloto com estudantes de enfermagem pediátrica	Quinze minutos em ambientes virtuais confidenciais
7. Sawyer <i>et al.</i> , 2019/ Estados Unidos	Quase-experimental com enfermeiros, médicos e fisioterapeutas respiratórios	Trinta minutos na unidade de terapia intensiva do Hospital Infantil de Seattle
8. Hureaux <i>et al.</i> , 2014/ França	Estudo piloto com enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem	Trinta e cinco minutos no Centro Hospitalar Universitário de Angers

9. Balikai <i>et al.</i> , 2020/ Estados Unidos	Quase-experimental com enfermeiros, médicos e fisioterapeutas respiratórios	Uma hora e meia a duas horas no Hospital Infantil Stead Family da Universidade de Iowa
10. Wei <i>et al.</i> , 2022/ China	Quase-experimental com enfermeiros e médicos	Uma hora no Hospital Maternidade e Saúde Infantil da província de Hubei
11. Lee <i>et al.</i> , 2020/ Estados Unidos	Série de casos com enfermeiros, médicos e técnicos do pronto-socorro	Seis horas (múltiplos cenários) em departamentos de emergência gerais não acadêmicos, na Califórnia
12. Ali <i>et al.</i> , 2020/ Paquistão	Treinamento baseado em simulação com enfermeiros e médicos	Três horas (múltiplos cenários) no departamento de pediatria e saúde infantil da Universidade Aga Khan de Karachi
13. Singleton <i>et al.</i> , 2018/ Estados Unidos	Estudo de intervenção não controlado com enfermeiros intensivistas	Duração indeterminada no Hospital Infantil de Dartmouth Hitchcock
14. Kolko <i>et al.</i> , 2017/ Estados Unidos	Ensaio piloto randomizado com estudantes de enfermagem	Uma hora na Universidade de Washington, em St. Louis
15. Bos-Boon <i>et al.</i> , 2021/ Holanda	Avaliação de métodos mistos com enfermeiros intensivistas	Uma hora em unidade de terapia intensiva pediátrica na Holanda
16. Akgül <i>et al.</i> , 2023/ Turquia	Experimental randomizado com estudantes de enfermagem	Quinze a 20 minutos na Universidade zmir Kâtip Çelebi
17. Michelet <i>et al.</i> , 2018/ França	Controlado randomizado com enfermeiros anestesistas e residentes de anestesia	Duração indeterminada na Universidade de Paris V e na Universidade de Paris VII
18. Ayed <i>et al.</i> , 2022/ Territórios Palestinos	Quase-experimental com estudantes de enfermagem pediátrica	Duas horas na Universidade Árabe Americana
19. Wyllie; Batley, 2018/ Reino Unido	Estudo qualitativo com estudantes de enfermagem pediátrica	Duração indeterminada em uma unidade de simulação clínica de uma universidade do Reino Unido
20. Sarı <i>et al.</i> , 2018/ Turquia	Experimental randomizado controlado com estudantes de enfermagem pediátrica	Quinze a 20 minutos no Laboratório de Habilidades de Enfermagem da Universidade zmir Kâtip Çelebi
21. Valizadeh <i>et al.</i> , 2021/ Irã	Experimental de três grupos com estudantes de enfermagem	Vinte e cinco minutos na Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Tabriz
22. Hebbar <i>et al.</i> , 2018/ Estados Unidos	Treinamento baseado em simulação com enfermeiros	Duas horas (múltiplos cenários) no Laboratório de Simulação do Hospital Infantil Scottish Rite
23. Nishisaki <i>et al.</i> , 2012/ Estados Unidos	Quase experimental com enfermeiros, residentes de medicina e fisioterapeutas respiratórios	Vinte minutos em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital infantil terciário
24. Burstein <i>et al.</i> , 2016/ Canadá	Pré/pós-questionário com enfermeiros e médicos	Dez minutos no Hospital Infantil de Montreal
25. Lima; Higarashi, 2020/ Brasil	Tese de estudo quase-experimental com residentes e estudantes de enfermagem	Uma hora em uma sala didática e em um laboratório de ensino

26. Anunciação; Pina, 2023/ Brasil	Dissertação de estudo quase-experimental com estudantes de enfermagem	Duração indeterminada em ambientes virtuais e salas de aula da Universidade Federal de Santa Catarina
27. Slaviero; Canabarro; Magalhães, 2019/ Brasil	Dissertação de estudo experimental randomizado com estudantes de enfermagem, medicina e odontologia	Duas horas e 30 minutos no Centro de Simulação Realística da Santa Casa em Porto Alegre, Rio Grande do Sul
28. Brasil; Ribeiro, 2017/ Brasil	Dissertação de estudo transversal analítico com estudantes de enfermagem	Duração indeterminada no Laboratório de Habilidades e Simulação do Cuidado do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília
29. Sanguino; Furtado, 2023/ Brasil	Tese de estudo quase-experimental com estudantes de enfermagem	Uma hora em ambiente virtual de aprendizagem
30. Paula; Ribeiro, 2020/ Brasil	Dissertação de estudo metodológico com estudantes de enfermagem	Dez minutos em laboratório de habilidades e simulação do cuidado

Fonte: Elaboração própria.

Percebe-se, na Tabela 1, que os estudos que compuseram esta revisão foram publicados entre 2012 e 2023. Dentre eles, a maioria foi no ano de 2020 (n=6; 20%). Quanto à origem das produções, a maioria foi nos Estados Unidos (n=11; 36,66%). Com relação aos participantes que realizaram a simulação, prevaleceu a equipe multiprofissional (n=12; 40%). Ademais, o tempo de duração da simulação variou do mínimo de 10 minutos até o máximo de seis horas, com média de duração em torno de 90 minutos. Quanto ao local, a maioria foi realizada em centros de simulação em hospitais (n=13; 43,33%).

Tabela 2 – Descrição da simulação e escalas utilizadas nos achados. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024

Cód.	Simulação	Escala	Resultados
1	Reanimação cardiopulmonar	Escore de Avaliação do Líder da Equipe de Reanimação; Escore de Calgary.	Não houve diferenças estatisticamente significativas no tempo de reanimação entre os dois grupos e nem no escore de satisfação autorreferida.
2	Reanimação cardiopulmonar	Índice de Carga de Tarefas da Administração Nacional de Aeronáutica e Espaço (NASA-TLX).	Houve uma diferença significativa no tempo até a primeira desfibrilação. Não houve diferença significativa no tempo até a primeira compressão.
3	Manejo clínico de estado de mal epilético	Ensaio de Tratamento de Estado Epilético Estabelecido (ESETT).	As simulações <i>in situ</i> facilitaram a identificação e mitigação de ameaças à participação no estudo e à segurança do paciente.
4	Cuidados intensivos	Não descrito.	Os participantes concordaram ou concordaram fortemente com o objetivo da simulação.
5	Inserção de cateter intravenoso periférico	Escala de Avaliação de Atitude; Lista de Verificação de Habilidades Observacionais.	O conhecimento, o desempenho e as atitudes melhoraram significativamente para os 150 enfermeiros formados.

6	Avaliação de negligência e sinais de abuso físico	Não descrito.	Reflexão sobre os procedimentos de proteção à criança.
7	Reanimação cardiopulmonar extracorpórea	Modelo de 4 níveis descrito por Kirkpatrick: reações, aprendizagem, comportamentos e resultados.	Melhora na adesão ao protocolo e à diminuição do tempo de ativação da reanimação cardiopulmonar extracorpórea.
8	Reanimação cardiopulmonar	Inventário de Ansiedade-Traço-Estado para adultos (STAI) do formulário Y1 e Escala Likert.	Após a formação, todos os estudantes responderam que suas práticas profissionais de acolhimento de pais de uma criança internada em reanimação pediátrica evoluíram.
9	Intubação endotraqueal	Ferramenta de eficácia de simulação modificada (SET-M) e Escala Likert.	O desempenho observado na intubação melhorou, com as equipes executando uma média de 7,3-8,4 das 9 práticas.
10	Manejo clínico de estado de mal epilético	Lista de verificação e Escala Likert.	Os participantes concordaram que apresentaram melhor desempenho no manejo interdisciplinar do estado de mal epilético.
11	Suporte Avançado de Vida	Ferramenta de Observação de Desempenho da Equipe.	O desempenho clínico não mudou ao longo do período. O trabalho em equipe e a comunicação melhoraram.
12	Ultrassom <i>point-of-care</i> (POCUS)	Avaliação Objetiva Estruturada de Habilidades Técnicas (OSATS).	A maioria dos participantes obteve pontuação igual ou superior a dez no OSATS e também demonstrou uma boa compreensão das competências em POCUS.
13	Gerenciamento do carrinho de códigos da enfermagem	Escala Likert	Redução estatisticamente significativa das falhas no primeiro cenário.
14	Rastreamento e início do tratamento para obesidade	Escala de autoria do autor.	A condição de treinamento não teve impacto diferencial no conhecimento ou habilidade. Os tamanhos dos efeitos ao longo dos momentos foram pequenos, com um efeito moderado para a habilidade.
15	Reanimação cardiopulmonar	Ferramenta de Avaliação Profissional para Melhoria de Equipes (PATTI®).	As habilidades de reanimação e de trabalho em equipe melhoraram significativamente.
16	Treinamento de enfermeiros e pais em estresse pós-operatório	Escala de Interação de Procedimentos Médicos Criança-Adulto-PACU (CAMPIS-PACU).	Os enfermeiros e pais aumentaram significativamente a taxa de comportamentos desejados. Houve diminuição significativa da dor na sala de recuperação pós-anestésica.
17	Manejo do laringoespasma	Escala de avaliação própria.	Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Nenhuma diferença no momento do manejo foi observada.
18	Manejo clínico da meningite bacteriana	Ferramenta de Rúbrica de Julgamento Clínico Lasater.	Houve melhora no julgamento clínico dos estudantes de enfermagem pediátrica.

19	Avaliação de lesões ou sinais físicos de abuso/negligência	Não descrito.	Aprendizagem da prática clínica nessa situação.
20	Cuidados de enfermagem em doenças respiratórias	Escala de Satisfação do Aluno e Autoconfiança na Aprendizagem; Escala de Projeto de Simulação; Questionário de Práticas Educacionais; Questionário de Estresse Clínico; Inventário de Ansiedade-Traço-Estado (STAI Formulário Tx ½).	O estresse clínico, a ansiedade-estado-traço e os escores de habilidades clínicas dos estudantes do grupo experimental foram maiores que os do grupo controle. O treinamento contribuiu positivamente para a autoconfiança.
21	Inserção de cateter venoso periférico	Escala de avaliação de habilidades de inserção de cateter venoso periférico.	Houve um aumento estatisticamente significativo de habilidade nos grupos de simulação e demonstração, enquanto o aumento no grupo controle foi insignificante.
22	Administração de medicamentos	Não descrito.	Demonstrou diminuição na taxa de erro de 2,5 eventos por mês para 0,86 eventos por mês.
23	Intubação traqueal em terapia intensiva	Escala de Desempenho de Fornecedores de Vias Aéreas Pediátricas <i>Just-in-Time</i> .	Validação da <i>Just-in-Time Pediatric Airway Provider Performance Scale (JIT-PAPPS)</i> , terceira versão.
24	Técnica de anestesia de bloqueio de Bier (BB).	Escala Likert.	Aumento da segurança na técnica em 89%.
25	Atendimento emergencial no trauma	Inventário de Estilos de Aprendizagem; Escala de Satisfação do Aluno e Autoconfiança na Aprendizagem.	Aumento na satisfação, autoconfiança e motivação dos participantes.
26	Telessimulações e simulação presencial sobre intercorrências clínicas	Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas.	Em termos de satisfação, no grupo da telessimulação ocorreu uma redução relativa na sua média e um aumento na sua dispersão, em comparação ao grupo da simulação clínica presencial.
27	Cuidados bucais	Escala Likert.	Foram observadas diferenças na aquisição de conhecimentos com o uso da simulação realística.
28	Materno infantil, como pré-eclâmpsia, reanimação do recém-nascido, pneumonia em lactente	Escala de Satisfação dos Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem; Escala de Design da Simulação.	A análise de cada item no Instrumento de Satisfação e Autoconfiança, indicou que os alunos concordam com todas as declarações relacionadas com a satisfação na aprendizagem através do uso da simulação.

29	Parada cardiorrespiratória (PCR) por insuficiência respiratória (IR)	Inventário de Estilos de Aprendizagem de Kolb.	Os resultados demonstraram eficácia do ensino híbrido no processo de aprendizagem sobre a PCR por IR em pediatria.
30	Método canguru, alimentação do recém-nascido pré-termo e técnica de banho do recém-nascido	Escala de Satisfação dos Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem; Escala de Design da Simulação.	Estudantes demonstraram satisfação com a sua aprendizagem e, no <i>debriefing</i> , a conexão com a sua aprendizagem.

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 2, observa-se que, com relação à temática da simulação, prevaleceu a temática da parada cardiorrespiratória (PCR) (n=6; 20%). Quanto à escala utilizada para a avaliação, a maioria dos estudos elencou a escala Likert (n=6; 20%). A maior parte dos achados evidenciou uma melhora no desempenho observado das habilidades, bem como do conhecimento adquirido após a simulação. Nos estudos em que a condição do treinamento de simulação não apresentou impacto diferencial, ressaltou-se que os tamanhos dos efeitos e a duração foram fatores que podem ter influenciado no desfecho apresentado.

DISCUSSÃO

A simulação tem se destacado como uma técnica educacional baseada em evidências, principalmente devido às dificuldades de adquirir experiência clínica em hospitais⁷. Essa metodologia ativa de ensino é valiosa para cursos na área da saúde, proporcionando um ambiente seguro para o aprendizado e facilitando o trabalho docente⁸. Estudos recentes mostram que a simulação clínica tem se tornado cada vez mais utilizada, especialmente na enfermagem pediátrica, devido à sua capacidade de desenvolver habilidades em um ambiente controlado⁵. Além disso, é válido ressaltar que a escolha do nível de fidelidade da simulação varia conforme os objetivos de aprendizagem⁹.

Tem-se ainda que, nos achados da pesquisa, houve uma maior predominância norte-americana nos estudos que abordaram o uso da simulação. Sabe-se que o uso da simulação demanda investimentos para a realização dessa abordagem metodológica. Nesse ínterim, segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), os gastos com pesquisa, em 2018, apresentaram-se concentrados nas regiões do Leste e Sudeste Asiático (40%); América do Norte (27%) e União Europeia (19%). Por outro lado, no período de 2014 a 2018, as regiões da Ásia Central, América Latina e Caribe não apresentaram aumento desse gasto¹⁰. Esse dado exemplifica a correlação entre a inovação tecnológica e a maior necessidade de investimentos em pesquisa, sendo necessário o estímulo em diversas localidades.

Globalmente, as simulações realísticas são amplamente praticadas e a pesquisa em saúde tem uma forte interação com a inovação, impulsionada pelo setor científico e pelo Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS)¹¹. A evolução das técnicas de ensino, apoiada por recursos tecnológicos, exige um novo olhar sobre as práticas pedagógicas e o papel fundamental dos docentes nesse processo⁸.

Considerando os tipos de estudo, estudos experimentais, especialmente ensaios clínicos randomizados, são prevalentes na pesquisa sobre simulação clínica, proporcionando uma avaliação confiável dos impactos das intervenções¹². Na enfermagem pediátrica, a alta fidelidade das simulações é essencial para promover as habilidades de cuidados, tendo em vista que os resultados de pesquisas indicam melhorias significativas na aprendizagem cognitiva e no desenvolvimento do pensamento crítico dos estudantes após a simulação realística⁵.

Com relação aos locais de aplicação da simulação, a Simulação *In Situ* (SIS) ocorre no local de trabalho real e avalia habilidades práticas e de pensamento crítico, melhorando a segurança do paciente e as práticas clínicas¹³. Com isso, resalta-se a importante função da educação continuada, tendo em vista que

ela é fundamental para atender às novas demandas tecnológicas e profissionais¹⁴.

No que concerne à temática, as principais abordadas nas simulações foram: Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e os manejos clínicos inseridos na temática do Suporte Básico de Vida (SBV), como o gerenciamento de medicações e as situações clínicas emergenciais na pediatria. De acordo com pesquisas, existe efetividade no ensino de RCP durante a graduação, contudo destaca-se que o conteúdo tem sido abordado tardiamente no curso, por metodologias pouco estimulantes. Nesse sentido, o treinamento ativo, com metodologias realísticas voltadas para a resolução de problemas, com orientações de desempenho, torna-se uma alternativa viável para estimular os estudantes^{15,16}.

Estudos na Arábia Saudita demonstraram que a simulação de alta fidelidade combinada com o treinamento clínico-prático melhora o desempenho e a segurança dos estudantes¹⁷. Quanto aos instrumentos de medição durante a abordagem de uma simulação realística, corroborando os achados, tem-se que a Escala Likert foi predominantemente utilizada para avaliar os cenários de simulação e promover feedback adequado para os alunos¹⁸.

No que diz respeito à relevância da simulação clínica, simular um cenário de atendimento ajuda a resolver quaisquer limitações relacionadas ao ambiente clínico, como a disponibilidade de pacientes, questões de segurança, dentre outras, além de promover o trabalho em equipe e a solidariedade entre os alunos e, ainda, implementar um protocolo para a obtenção de uma determinada competência. Baseia-se em um cenário onde a aprendizagem se torna interativa, ao permitir o feedback entre o educador e os demais membros da equipe, promovendo o raciocínio clínico e o pensamento crítico na equipe⁷.

Dito isso, recomenda-se a inclusão da simulação realística na grade curricular e na educação permanente de enfermeiros para fortalecer as evidências nesse campo de investigação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As simulações, especialmente em emergências pediátricas e com abordagem multiprofissional, têm predominantemente utilizado a Escala Likert para avaliação, conforme o objeto de estudo. Contudo, há necessidade de mais pesquisas, principalmente objetivando maior diversificação geográfica e

metodológica, para compreender globalmente os benefícios das simulações na educação em saúde. A literatura cinzenta corrobora os achados das bases de dados, com ênfase em estudos recentes sobre enfermagem pediátrica e inovação.

No Brasil, há espaço para a expansão do uso e a publicação de estudos sobre a simulação realística, bem como para investimentos, aproveitando a rede de hospitais com comissões de educação continuada para criar centros de simulação. Futuras pesquisas devem explorar cenários variados, além da reanimação.

Como limitação deste estudo, nota-se que existe a possibilidade de que algumas produções disponíveis não tenham sido incluídas na busca, por fatores como texto completo indisponível ou falta de informações relativas à pergunta de pesquisa, apesar de as publicações terem sido localizadas em bases de dados confiáveis. Além disso, os estudos incluídos concentram-se apenas em algumas regiões do globo, o que não contribuiu para a generalização dos resultados.

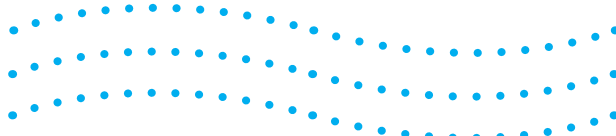
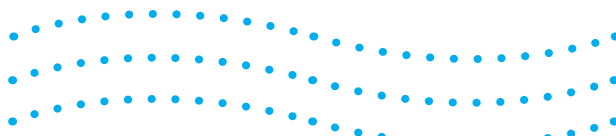
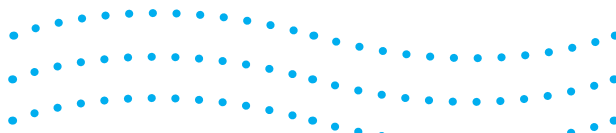
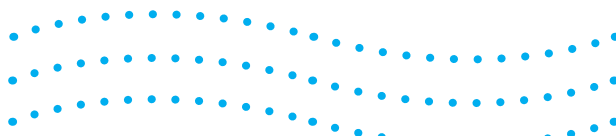
CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Carla Isabel Soares da Silva Melo, Tainá Martins da Silva Tomaz e Eveline Pinheiro Beserra contribuíram com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Raquel Alves de Oliveira** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Débora Feitosa de França e Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima** realizaram a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Bueira CL, Corcini ML. Aprendizaje: el imperativo de un nuevo orden económico y social para el desarrollo. *Pedagogía y Saberes*. 2019;1(51):89-102. DOI: <https://doi.org/10.17227/pys.num51-8054>
2. Bernardino AO, Lima Filho CA, Santana RO, Carnaúba GB, Carvalho ABTN, Santana Neto SA, et al. Metodologias ativas e formação de competências no processo de ensino-aprendizagem na graduação em enfermagem: revisão sistemática. *EDUCERE*. 2023;23(1):281-302. DOI: <https://doi.org/10.25110/educere.v23i1-017>
3. Kaneko RMU, Lopes MHB de M. Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design? *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018015703453>

4. Teles MG, Mendes-Castillo AMC, Oliveira-Kumakura ARS, Silva JLG. Clinical simulation in teaching Pediatric Nursing: students' perception. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0720>
5. Nadler CF, Pina JC, Schmidt SQ, Okido ACC, Fonseca LMM, Rocha PK, et al. Impact of high-fidelity simulation in pediatric nursing teaching: an experimental study. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0410en>
6. Peters MDJ, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews [Internet]. 2015 [cited 2023 Nov 11]. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
7. Waxman K, Bowler F, Forneris SG, Kardong-Edgren S, Rizzolo MA. Simulation as a Nursing Education Disrupter. *Nurs Adm Q.* 2019;43(4):300-5. DOI: <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000369>
8. Benicasa CPB. A simulação realística como método de aprendizagem significativa em cursos da área de saúde. *Rev Triâng.* 2024;16(3):213-28. DOI: <https://doi.org/10.18554/rt.v16i3.6866>
9. Cole R, Flenady T, Heaton L. High Fidelity Simulation Modalities in Preregistration Nurse Education Programs: A Scoping Review. *Clin Simul Nurs.* 2023;80:64-86. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2023.04.007>
10. Schneegans S, Lewis J, Straza T, editors. Relatório de Ciências da UNESCO: a corrida contra o tempo por um desenvolvimento mais inteligente – Resumo executivo. Paris: Unesco Publishing; 2021.
11. Gadelha CAG, Vargas MA, Alves NG. Pesquisa translacional e sistemas de inovação na saúde: implicações para o segmento biofarmacêutico. *Saúde debate.* 2019;43(spe2):133-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S210>
12. Cannavan PMS, Aoki RN, Almeida AO, Carvalho LAC, Barbosa LDC, Bueno GCV. Estudos experimentais desenvolvidos por enfermeiros brasileiros: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line.* 2022;16(1). DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.253041>
13. Bloomfield V, Ellis S, Pace J, Morais M. Mode of Delivery: Development and Implementation of an Obstetrical In Situ Simulation Program. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020;42(7):868-73. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.12.011>
14. Lessa B, Leitão D, Silva T. Tecnologia digital e educação continuada. *ETD.* 2022;24(1):171-86. DOI: <https://doi.org/10.20396/etd.v24i1.8664912>
15. Silva SMA, Silva FL, Grimaldi MRM, Barros LM, Sá GGM, Galindo Neto NM. Obstetric cardiopulmonary arrest: construction and validation of an instrument to assess nursing knowledge. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022;43(spe). DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220024.en>
16. Carbogim FC, Luiz FS, Oliveira LB, Braz PR, Santos KB, Püschel VAA. Effectiveness of a teaching model in a first aid course: a randomized clinical trial. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0362>
17. Guerrero JG, Ali SAA, Attallah DM. The Acquired Critical Thinking Skills, Satisfaction, and Self Confidence of Nursing Students and Staff Nurses through High-fidelity Simulation Experience. *Clin Simul Nurs.* 2022;64:24-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.11.008>
18. Batista MJ, Marques ACP, Silva Junior MF, Alencar GP, Sousa MLR. Tradução, adaptação transcultural e avaliação psicométrica da versão em português (brasileiro) do 14-item Health Literacy Scale. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(7):2847-57. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.22282018>



CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: UMA SÍNTESE ANALÍTICA

NURSING CARE IN THE POSTOPERATIVE PERIOD OF CARDIAC SURGERY: AN ANALYTICAL SYNTHESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: UNA SÍNTESIS ANALÍTICA

Edvânia Lopes Vasconcelos ¹

Francisco Douglas Canafístula de Souza ²

Ingrid Kelly Morais Oliveira ³

Tatiane de Sousa Paiva ⁴

Maria Samira Sousa Matos ⁵

Keila Maria de Azevedo Ponte Marques ⁶

Como Citar:

Vasconcelos EL, Souza FDC, Oliveira IKM, Paiva TS, Matos MSS, Marques KMAP. Cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma síntese analítica. *Sanare*. 2025;24(2).

Descritores:

Cuidados de Enfermagem; Cirurgia cardíaca; Cuidados pós-operatórios.

Descriptors:

Nursing Care; Cardiac Surgery; Postoperative Care.

Descriptores:

Cuidados de Enfermería; Cirugía Cardíaca; Cuidados Postoperatorios.

Submetido:

06/11/2023

Aprovado:

13/11/2025

Autor(a) para Correspondência:

Francisco Douglas Canafístula de Souza
Univ. Estadual Vale do Acaraú - UVA -
End: Av. da Universidade, 850 -
Campus da Betânia - Sobral-CE
CEP: 62.040-370.
E-mail: douglas21091997@gmail.com

RESUMO

No contexto hospitalar ainda existem desafios relacionados à capacitação dos enfermeiros quanto à assistência prestada aos pacientes em pós-operatório cardiovascular. Diante disso, objetivou-se identificar na literatura os principais cuidados de enfermagem aos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, no ambiente intra-hospitalar. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, em que foram levantados artigos nas bases de dados MEDLINE (sistema on-line de busca e análise de literatura médica), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDEF), no período de janeiro a fevereiro de 2022, utilizando-se dos descritores "cuidados de enfermagem", "cirurgia cardíaca" e "cuidados pós-operatórios", sendo selecionados oito artigos, seis da BDEF e dois da MEDLINE. Os principais cuidados de enfermagem evidenciados no pós-operatório de cirurgia cardíaca foram a promoção da segurança do paciente, o alívio da dor, a utilização do processo de enfermagem, a manutenção de equipamentos e suporte ao familiar e ao paciente. Ratifica-se, portanto, que os cuidados de enfermagem vão além das técnicas e do olhar biomédico, estando relacionados com o cuidado social e psicológico do paciente, prezando por um cuidado humanizado e um olhar que transcende o ser paciente para o ser biopsicossociocultural.

1. Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: edvania122lopes@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1270-8466>

2. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem. E-mail: douglas21091997@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8845-1062>

3. Mestra em Enfermagem em Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: enf.ingridkelly@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1536-7289>

4. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Especialista em Gestão e Serviços de Saúde pela UNIFAVENI. Especialista em Saúde da Mulher pela UNIFAVENI. E-mail: tatianesousa503@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8555-6355>

5. Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: mariasamirasm@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2890-1735>

6. Doutora e mestra em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente do curso de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Centro de Ciências da Saúde. E-mail: keilinhaponte@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5215-7745>

Cert. de Redação Científica: Central das Revisões. Edição de texto: Karina Maria M. Machado. Revisão de provas: Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

In the hospital setting, there are still challenges related to the training of nurses regarding the care provided to patients in the postoperative period of cardiovascular surgery. Therefore, this study aimed to identify in the literature the main nursing care measures for patients in the postoperative period of cardiac surgery in the inpatient setting. This is an integrative literature review in which articles were retrieved from the MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), and Nursing Database (BDENF, Base de dados de Enfermagem), between January and February 2022, using the descriptors: "nursing care," "cardiac surgery," and "postoperative care." Eight articles were selected, six from BDENF and two from MEDLINE. The main nursing care measures identified in the postoperative period of cardiac surgery were the promotion of patient safety, pain management, use of the nursing process, maintenance of equipment, and support for patients and their families. Therefore, it is reaffirmed that nursing care goes beyond techniques and the biomedical perspective, being closely related to the patient's social and psychological care, emphasizing humanized care and a perspective that transcends seeing the individual merely as a patient, recognizing them instead as a biopsychosociocultural being.

RESUMEN

En el contexto hospitalario, aún existen desafíos relacionados con la capacitación de los enfermeros en cuanto a la atención brindada a los pacientes en el postoperatorio cardiovascular. Ante ello, el objetivo de este estudio fue identificar en la literatura los principales cuidados de enfermería dirigidos a los pacientes en el postoperatorio de cirugía cardíaca, en el ámbito intrahospitalario. Se trata de una revisión integrativa de la literatura, en la que se recopilieron artículos en las bases de datos MEDLINE (sistema en línea de búsqueda y análisis de literatura médica), Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS) y Base de Datos de Enfermería (BDENF), en el período de enero a febrero de 2022, utilizando los descriptores "cuidados de enfermería", "cirugía cardíaca" y "cuidados postoperatorios", y seleccionándose ocho artículos, seis de BDENF y dos de MEDLINE. Los principales cuidados de enfermería evidenciados en el postoperatorio de cirugía cardíaca fueron la promoción de la seguridad del paciente, el alivio del dolor, la utilización del proceso de enfermería, el mantenimiento de los equipos y el apoyo al familiar y al paciente. Se reafirma, por tanto, que los cuidados de enfermería van más allá de las técnicas y del enfoque biomédico, al estar relacionados con el cuidado social y psicológico del paciente, priorizando una atención humanizada y una mirada que trasciende al paciente como ser biológico hacia su dimensión biopsicosociocultural.

.....

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em um aspecto global, têm sido responsáveis por cerca de 41 milhões de óbitos, ou seja, 70% de todas as mortes. No cenário do Brasil, o número de óbitos por DCNT é semelhante, correspondendo a 76% das causas. As DCNT resultam em grandes consequências para os indivíduos, famílias e comunidades, o que gera sobrecarga nos sistemas de saúde^{1,2}.

Tais enfermidades são representadas pelas Doenças Cardiovasculares (DCVs), diabetes *mellitus* e doenças respiratórias obstrutivas. Dentre elas, destacam-se as DCVs, que se caracterizam normalmente como resultado de um bloqueio dos vasos sanguíneos pelo excesso de gordura depositada neles, impedindo que o sangue flua normalmente, causando isquemia, e correspondem a cerca de 17 milhões de mortes ao ano³.

Em meio ao aumento dos casos de doenças

cardíacas, houve impulso no avanço do tratamento clínico, em técnicas relacionadas a procedimentos minimamente invasivos, no entanto, a cirurgia cardíaca ainda é o recurso terapêutico mais utilizado como forma de tratamento.

Tal afirmativa dá-se pelo fato de a cirurgia cardíaca proporcionar a melhora dos sintomas, favorecer o aumento da sobrevida e, até mesmo, uma melhor qualidade de vida aos indivíduos cardiopatas⁴. Além do mais, o processo de cirurgia cardíaca necessita de cuidados de forma contínua e de alta complexidade. Assim, os profissionais da equipe de enfermagem, como os principais responsáveis pela prestação de assistência direta ao paciente, tornam-se indispensáveis em todas as etapas do período cirúrgico.

À vista disso, destaca-se como principal cuidado a observação integral, que visa minimizar as possíveis complicações, dentre elas as alterações

nos níveis pressóricos, arritmias e isquemias, bem como proporcionar o equilíbrio dos sistemas orgânicos, o alívio da dor e do desconforto. Os cuidados prestados pela equipe de enfermagem são organizados pelo Processo de Enfermagem (PE), de modo que possibilitam uma intervenção conforme as necessidades do paciente, de forma individualizada, objetivando a recuperação e a desospitalização^{4,5}.

O PE serve para viabilizar a identificação e o atendimento das necessidades do paciente, por meio do seu histórico, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e a avaliação correta. Dessa forma, ressalta-se a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que se torna operacionalizada por meio da utilização do processo de enfermagem, por contemplar as variáveis múltiplas que repercutem de forma negativa na evolução do paciente⁵.

No contexto hospitalar, ainda existem desafios relacionados à capacitação dos enfermeiros quanto à assistência prestada aos pacientes em pós-operatório cardiovascular⁵. Logo, torna-se necessária a realização de estudos que contemplem a situação da assistência prestada ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Além disso, deve-se destacar o uso da ferramenta científica SAE para o alcance de um melhor plano de cuidados, conforme as necessidades individuais do paciente.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo identificar na literatura os principais cuidados de enfermagem aos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca no ambiente intra-hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que objetiva realizar a busca, a avaliação crítica e a síntese de resultados de pesquisas relacionadas à temática pesquisada. Assim, esse tipo de estudo contribui para a implementação de intervenções seguras na assistência à saúde e gera avanço do conhecimento científico⁶.

A pesquisa foi construída a partir das seguintes etapas: identificação da questão de pesquisa, por meio da pergunta norteadora, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos, avaliação dos dados, apresentação e interpretação dos resultados⁷.

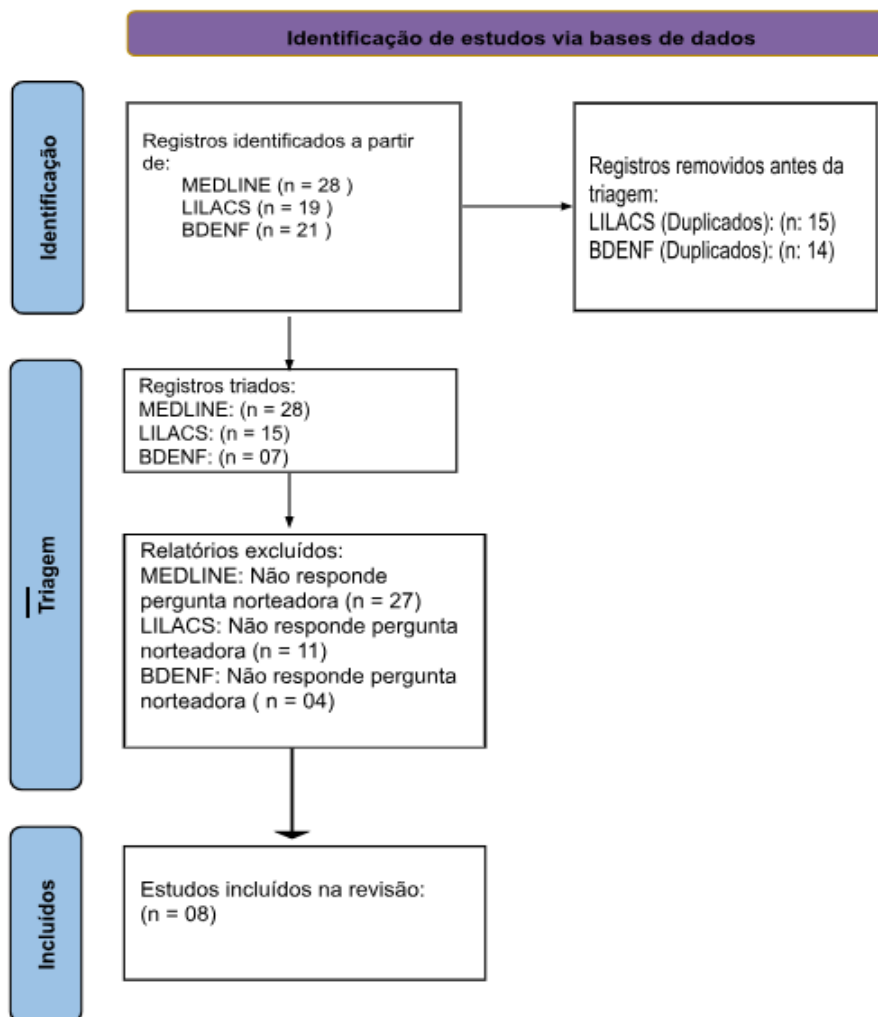
Assim, na primeira fase, delineou-se a pergunta norteadora: "Quais são os cuidados de enfermagem

no pós-operatório de cirurgia cardiovascular no ambiente intra-hospitalar?". Na segunda fase, tratou-se da delimitação dos critérios de inclusão e exclusão, que ocorreu com a busca dos artigos no período de janeiro a fevereiro de 2022, utilizando-se dos descritores "Cuidados de Enfermagem", "Cirurgia Cardíaca" e "Cuidados Pós-Operatórios", mediados pelo operador booleano "and", os quais foram extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para o levantamento dos estudos, utilizaram-se as bases de dados: Sistema on-line de busca e análise de literatura médica (MEDLINE), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de dados de Enfermagem (BDENF).

Encontrou-se um total de 50 artigos científicos nas três bases mencionadas. Definiram-se como critérios de inclusão para a revisão: textos completos, publicados no período de 2016 a 2022, escritos em português, inglês e espanhol. Outrossim, utilizou-se da estratégia PICO, que é um acrônimo para: Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (desfecho). Tal estratégia auxilia nas definições da pesquisa, pois orienta sobre a definição da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica⁸. Para este estudo, utilizou-se: P (Pacientes Cardiopatas); I (Cuidados de Enfermagem); C (Não se aplica); O (Não se aplica).

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: publicações repetidas, que não se relacionassem com a temática e que não respondessem à pergunta norteadora. Assim, a amostragem final foi composta por oito artigos que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, conforme fluxograma PRISMA (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma PRISMA de identificação do processo de seleção dos estudos para compor a revisão integrativa. Sobral, Ceará, Brasil, 2022



Fonte: Elaboração própria.

A terceira etapa definiu as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, para isso, utilizou-se um formulário adaptado, que contemplou cada artigo da amostra final, contendo as seguintes informações: base de dados, identificação do artigo (título do artigo, país, ano de publicação, idioma, periódico e nível de evidência), objetivo e principais resultados.

Nas etapas seguintes, a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa ocorreu por meio da interpretação dos resultados. Desse modo, as informações foram analisadas de forma detalhada e crítica, buscando identificar os principais cuidados de enfermagem ao paciente no pós-operatório cardíaco no ambiente intra-hospitalar.

RESULTADOS

Dos oito artigos analisados, pode-se observar que 100% das produções eram nacionais, isso demonstra que as publicações, substancialmente de cunho nacional, apresentam-se em crescimento sobre a temática. A base de dados que mais abordou estudos sobre o tema foi a BDENF, com cerca de 75% (06) dos artigos do estudo.

Quadro 1 – Apresentação dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo número, base de dados, título, país, ano, idioma e periódico. Sobral, Ceará, Brasil, 2022

N.º	Base de Dados	Título do Estudo	País/ Ano	Idioma	Periódico
1	BDEF	Segurança do paciente no pós-operatório em cirurgia cardíaca	Brasil/2021	Português	Revista de enfermagem UFPE on-line
2	BDEF/ LILACS	Terapias não farmacológicas no alívio da dor pós-operatória de cirurgias cardíacas: revisão de escopo	Brasil/2021	Inglês, Espanhol e Português	Online Brazilian journal of nursing
3	BDEF	Diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório de cirurgia cardíaca	Brasil/2018	Português	Revista de enfermagem UFPE on-line
4	MEDLINE	Contribuição do cuidado transpessoal ao ser-cardiopata no pós-operatório de cirurgia cardíaca	Brasil/2017	Português	Revista Gaúcha de Enfermagem
5	MEDLINE	Atuação da enfermagem no gerenciamento da dor relacionada ao uso da bomba de analgesia controlada pelo paciente durante o pós-operatório de cirurgia cardíaca	Brasil/ 2022	Português	Brazilian Journal of Pain
6	LILACS/ BDEF	Ações de enfermagem para a prevenção e controle do delirium em pacientes pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa	Brasil / 2021	Português	Nursing (São Paulo)
7	LILACS/ BDEF	Pós-operatório em cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem	Brasil/2017	Inglês/ Português	Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental
8	LILACS/ BDEF	Cuidados intensivos sistematizados ao paciente em pós-operatório cardíaco	Brasil/2021	Inglês/ Português	Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental

Fonte: Elaboração própria.

Ao comparar os objetivos dos estudos, observou-se que 100% (08) dos artigos tinham similaridade entre si e encaixavam-se com a temática da pesquisa. Isso demonstra a importância do assunto no âmbito científico da enfermagem, considerando que o aumento do conhecimento sobre a temática direciona para a criação de estratégias eficazes no cuidado ao paciente no pós-operatório cardíaco.

O delineamento de pesquisa predominante foi o estudo do tipo revisão integrativa, com 50% (04) das publicações; estudos transversais, com 25% (02); estudo descritivo, com 12% (01); revisão de escopo, com 12% (01); e pesquisa-cuidado de abordagem qualitativa, com 12% (01). Conforme a classificação dos níveis de evidência dos estudos, 50% (04) foram classificados em nível I, 37% (03) no nível V e apenas 12% (01) no nível III⁹.

Quadro 2 – Caracterização das publicações incluídas na revisão, de acordo com número, objetivo, tipo de estudo e nível de evidência. Sobral, Ceará, Brasil, 2022

N.º	Objetivo	Tipo de Estudo	Nível de Evidência
1.	Avaliar a assistência de enfermagem segundo os indicadores de segurança no pós-operatório em cirurgia cardíaca de um hospital público no município de Caruaru-PE.	Estudo Transversal	V
2.	Mapear a produção do conhecimento sobre as principais terapias não farmacológicas no alívio da dor pós-operatória de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.	Revisão de Escopo	III
3.	Conhecer os principais diagnósticos de enfermagem utilizados no período pós-operatório de cirurgia cardíaca.	Revisão Integrativa	I
4.	Conhecer a contribuição da teoria de Watson para o cuidado de enfermagem dirigido ao ser com cardiopatia no pós-operatório de cirurgia cardíaca.	Pesquisa-cuidado com abordagem qualitativa	V
5.	Verificar se o enfermeiro vem desempenhando um papel ativo durante o gerenciamento da dor.	Estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa	V
6.	Analisar as ações de enfermagem no controle e prevenção do delirium em pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca apresentados na literatura.	Revisão Integrativa	I
7.	Conhecer os cuidados de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, com ou sem circulação extracorpórea.	Revisão Integrativa	I
8.	Conhecer o estado da arte atual a respeito da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos cuidados intensivos ao paciente em pós-operatório cardíaco	Revisão Integrativa	I

Fonte: Elaboração própria.

Os principais cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca evidenciados na literatura foram: promoção da segurança do paciente, alívio da dor, utilização do processo de enfermagem, manutenção de equipamentos e suporte ao familiar e ao paciente, conforme descrito no compilado de informações do Quadro 3.

Quadro 3 – Descrição da síntese analítica dos cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca

Nº	Cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: síntese analítica
1.	Identificação do leito, testagem de equipamentos da UTI, coleta de antecedentes pessoais do paciente, informações sobre o decorrer do procedimento cirúrgico e avaliação das características operatórias, elevar as grades do leito, mudança de decúbito a cada duas horas, realizar os “nove certos” para a administração dos medicamentos, apoio emocional paciente/família durante o período de internação, processo de higienização das mãos descrito em cinco dimensões, cultura de troca de luvas estéril/procedimento entre os profissionais de enfermagem do setor.
2.	Massagem terapêutica, musicoterapia, acupressão, relaxamento guiado e aromaterapia.
3.	Os principais diagnósticos de enfermagem encontrados e suas respectivas frequências foram risco de infecção, estando presente em 3 dos 4, seguido por débito cardíaco diminuído, dor aguda, ventilação espontânea prejudicada, risco de desequilíbrio hidroeletrólítico, mobilidade no leito prejudicada, risco de constipação, risco de queda e risco de sangramento.

4.	Cuidado transpessoal, oferecer escuta ativa, assistência espiritual conforme as crenças do paciente, criar um elo de confiança entre enfermeiro-paciente a fim de promover segurança e apoio.
5.	Monitoramento dos sinais vitais realizado pela equipe de enfermagem, que, conforme protocolo institucional, é realizado a cada 2h nas primeiras 12h após a instalação do dispositivo e, após esse período, de 4 em 4h. Orientação durante a instalação do dispositivo de analgesia controlada pelo paciente, registro da dor.
6.	Aplicação de escalas para detecção do delirium, comunicação com o paciente, promover a visita familiar, orientação verbal em tempo e espaço, fornecer acessórios do paciente como óculos, prótese, reduzir a presença de ruídos, reduzir a restrição de movimentos.
7.	O pós-operatório necessita de ações rápidas e sincronizadas, tais como: instalação de ventilação mecânica, monitorização cardíaca, aquecimento do cliente, conexões dos drenos torácicos aos frascos de drenagem, controle de diurese e pressão arterial, administração de líquidos infundidos, avaliação permanente do nível de consciência e de dor, manutenção da integridade tecidual, prevenção e controle de infecção, lavagem de mãos, administração de medicamentos prescritos e escuta do paciente.
8.	Redução e gerenciamento de riscos ao paciente; controle e manutenção do equilíbrio hemodinâmico; suporte ventilatório; prevenir e monitorar possíveis complicações; promoção do conforto e manutenção de técnicas de cuidados assépticos. Educação em saúde, suporte emocional e psicológico ao paciente e família, apoio espiritual, balanço hídrico rigoroso, administração de medicamentos, utilização de escalas (mensuração da dor), higienização do paciente, cuidados com a pele.

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Os estudos identificados, em sua maioria, foram originados de países em desenvolvimento e publicados na última década, o que mostra que, recentemente, essa temática está sendo discutida no campo da saúde intra-hospitalar e saúde cardiovascular. Nesse sentido, esta revisão integrativa buscou identificar as principais contribuições da equipe de enfermagem no atendimento intra-hospitalar aos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

A equipe de enfermagem tem papel fundamental na execução dos principais cuidados intra-hospitalares em pacientes no pós-operatório cardíaco. Dentre os estudos identificados, destaca-se um estudo transversal, que identificou um déficit de conhecimento relacionado à especialização na área hospitalar de cuidados críticos, em que foi possível avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem e compreender a relevância da implantação de ações voltadas para o atendimento, com ênfase para os seguintes cuidados de enfermagem: Prevenção de Lesão por Pressão (LPP), segurança do paciente e apoio psicológico¹⁰.

Nessa perspectiva, quando comparados com outros estudos, os resultados demonstram que o cuidado de enfermagem consiste em uma responsabilidade de encontrar soluções adequadas para possíveis problemas assistenciais, sendo necessária a tomada de decisão e posição quanto à reabilitação, mas também proporcionar a prevenção de agravos à saúde, a fim de evitar que o paciente necessite buscar assistência de outros profissionais para corrigir alguma limitação quanto ao cuidado de enfermagem. Assim, é relevante estabelecer um vínculo entre profissional e paciente durante a hospitalização, pois o paciente sente-se acolhido pelo profissional, sente-se seguro em um ambiente desconhecido e, portanto, aumenta as chances de acolher as orientações fornecidas pelo profissional^{11,12}.

Nesse contexto, percebeu-se a importância das práticas terapêuticas não farmacológicas para o alívio da dor no período pós-operatório em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, cujos participantes referiram melhora ao tratamento com massagem (58,8%), com a musicoterapia (29,4%), com a acupressão (5,9%) e com a aromaterapia (5,9%). Nessa direção, estudo realizado no Rio Grande do Norte identificou a música como alternativa não farmacológica para minimizar a dor de pacientes, visto que, com a musicoterapia durante e após o banho no leito, houve redução da dor verificada pela escala numérica de dor e de faces de Wong Baker, além de reduzir a frequência cardíaca. A utilização da musicoterapia reduziu a dor do paciente durante o procedimento de enfermagem durante o pós-operatório, uma ferramenta simples e de fácil manejo que deve ser

valorizada e utilizada pela equipe de enfermagem, a fim de ofertar uma assistência humanizada visando o melhor para os pacientes^{13,14}.

Outra questão observada trata-se dos principais diagnósticos de enfermagem identificados após cirurgia cardíaca, sendo apontados como principais: as infecções, débito cardíaco diminuído, dor aguda, ventilação prejudicada, risco de constipação, risco de queda e risco de sangramento. A identificação desses diagnósticos permite elencar as principais intervenções de enfermagem a fim de assistir da melhor forma a esses pacientes. Aqui, destaca-se a importância da sistematização da assistência de enfermagem desde o período pré-operatório até o pós-operatório de cirurgia cardíaca, que visa o cuidado integral e humanizado aos pacientes que passam por procedimentos cirúrgicos, especialmente no sistema cardiovascular^{15,16}.

Com base no exposto, percebe-se que os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes foram os de risco, como de infecções, desequilíbrio eletrolítico, sangramento, choque e de mobilidade prejudicada. Logo, o enfermeiro é fundamental nesse processo, visto que, a partir da identificação correta dos diagnósticos de enfermagem, cabe ao profissional elencar quais resultados deseja alcançar e quais intervenções devem ser realizadas a fim de resolver os problemas identificados, conforme a singularidade de cada paciente¹⁷.

Além dos cuidados direcionados à hemodinâmica do paciente, outro estudo destacou a utilização da teoria de Watson no cuidado ao paciente cardiopata no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Esse estudo identificou que a realização da cirurgia ocasiona transformações na vida do paciente, logo, é necessário realizar ações direcionadas à relação transpessoal entre paciente, profissional e cuidador, visto que, entre as necessidades de cuidado, os participantes apresentaram dificuldades em serem cuidados, fato que pode ser relacionado à fragilidade ou ausência de um elo entre paciente e cuidador¹⁸.

Em consonância com esse achado, outro estudo¹⁹ destacou que não somente os cuidados de rotina ao paciente cardiopata, como equilíbrio hemodinâmico e técnicas assépticas, são importantes, mas também o suporte emocional e psicológico tanto ao paciente quanto à família, considerando a situação em que se encontram e que, muitas vezes, não possuem o apoio que necessitam durante o processo saúde-doença, e essa fragilidade implica na reabilitação pós-cirurgia cardíaca. A escuta qualificada, apoio espiritual,

tornar o ambiente mais acolhedor para o paciente e a família, contribuem de forma significativa na recuperação e fortalecem o vínculo entre paciente, profissional e familiares, o que torna o processo menos traumático.

Estudo de revisão realizado a fim de identificar as principais emoções e sentimentos dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas verificou a angústia, medo, ansiedade e a depressão como prevalentes em pacientes com esse perfil. Tais sentimentos apresentavam diferentes justificativas, sobretudo relacionadas à perda promovida pela mudança nos hábitos diários, da qualidade de vida e da personalidade. Assim, por se tratar de um órgão tão vital e, ao mesmo tempo, frágil, desperta diferentes sentimentos e emoções. E, por isso, o acolhimento psicológico e o suporte familiar são essenciais para que o paciente se sinta seguro e amparado, e seja capaz de se recuperar de forma efetiva¹⁹.

No entanto, em outro estudo²⁰, investigaram-se as ações de enfermagem na prevenção e controle do delirium em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, isso porque o paciente em pós-operatório de grandes cirurgias, como as cirurgias cardíacas, está predisposto ao desenvolvimento do delirium, principalmente quando se encontra em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Assim, a equipe de enfermagem é fundamental na prevenção e controle dessa síndrome, no entanto, simples ações contribuem para isso: comunicar-se com o paciente, orientá-lo verbalmente em tempo e espaço, reduzir a presença de ruídos no ambiente e promover a visita familiar.

À vista disso, estudo transversal desenvolvido com 50 pacientes em pós-operatório cardíaco em um hospital de referência no Distrito Federal, Brasil, identificou a prevalência de 40% do delirium, de modo que houve associação entre a síndrome e os seguintes fatores: ventilação mecânica, uso de haloperidol, fentanil e aminas vasoativas, presença de dispositivo de cateterismo vesical, crises algícas e o uso de contenção física. Essas variáveis são comuns ao ambiente de terapia intensiva, onde geralmente o paciente em pós-operatório cardíaco é internado devido ao porte da cirurgia. Por isso, a equipe de enfermagem é responsável tanto por prevenir como identificar precocemente a presença do delirium nos pacientes, para que seja possível intervir e minimizar os danos decorrentes dessa síndrome²⁰.

No entanto, no que se refere ao paciente

cardiopata, o controle da hemodinâmica sempre será o principal cuidado de enfermagem, visto que a alteração nos parâmetros dos sinais vitais do paciente é um importante indicativo de que algo está acontecendo com ele. Por isso, a instalação dos dispositivos para verificar os parâmetros do paciente é um dos primeiros cuidados realizados pela equipe de enfermagem na admissão pós-operatória²¹.

Aliado a isso, considerando que a dor está entre os principais diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes em pós-operatório, é essencial controlar essa dor, seja com técnicas não farmacológicas, ou com o uso de analgésicos. Entretanto, um estudo transversal realizado em São Paulo (Brasil) abordou o uso da bomba de infusão eletrônica, que se trata de um dispositivo que administra de forma intravenosa e intermitente opioides sob o controle do paciente. Por se tratar de um dispositivo invasivo, que administra a medicação para o controle da dor, a verificação dos sinais vitais do paciente é indispensável. Na instituição em estudo, a equipe de enfermagem realizava a verificação a cada 2h nas primeiras 12h após a instalação do dispositivo, e depois desse período, passava a verificar a cada 4h. Além disso, cabe ao enfermeiro orientar o paciente sobre como utilizar o dispositivo, sendo essa uma ação importantíssima a fim de evitar agravos à saúde²².

Vale ressaltar que a avaliação da dor do paciente é um importante parâmetro para conduzir o plano assistencial, por isso, além dos sinais vitais comumente avaliados nos hospitais, a dor do paciente deve ser constantemente avaliada, a fim de identificar a eficácia do tratamento ofertado, bem como a relação da dor com os demais parâmetros avaliados. Assim, a equipe de enfermagem que acompanha o paciente em tempo integral é responsável pelo acompanhamento e manejo da dor deste, a fim de promover conforto, alívio da dor e contribuir para o processo de cuidado, sobretudo do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca²³.

Logo, é possível perceber a relação entre os estudos analisados, pois apresentam os principais cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca no ambiente hospitalar, cuidados que contemplem não somente os aspectos biológicos do paciente, mas também os psicossociais^{10,13, 15, 16, 18, 21, 22, 24}. Isso demonstra a importância de a enfermagem avaliar o paciente de forma integral e buscar ofertar o cuidado conforme as necessidades dele e, assim, alcançar resultados satisfatórios na

recuperação pós-cirurgia cardíaca.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados alcançados, percebe-se que os cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca devem ir além dos cuidados técnicos comumente realizados nas instituições. Os estudos de maior nível de evidência identificados apontam que os cuidados de enfermagem não se restringem aos aspectos físicos, abrangendo também o cuidado psicológico e social do paciente. Destacam-se, ainda, a realização de orientações no período pós-operatório, a promoção da visita familiar, o apoio à espiritualidade e o estímulo à escuta ativa. Isso posto, a enfermagem deve identificar as necessidades do paciente para além dos aspectos biológicos e ofertar um cuidado humanizado direcionado também para os aspectos psicossociais dele.

Destacam-se como limitações deste estudo a quantidade de pesquisas sobre a temática e a falta de informação, pois verificou-se uma quantidade baixa nas bases de dados, prejudicando a coleta de dados e o fomento da pesquisa. Assim, espera-se que, a partir desse achado, os profissionais de saúde que atuam na assistência aos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca busquem ofertar um cuidado que ultrapasse a técnica e proporcione um cuidado humanizado, centralizado nas necessidades e singularidades de cada paciente. Ademais, anseia-se que este estudo possa estimular reflexões e despertar o interesse entre os profissionais, a fim de direcionar com maior clareza a assistência prestada aos pacientes com esse perfil.

Por fim, sugere-se que novos estudos sejam realizados sobre a temática, sobretudo, estudos que gerem maior força de evidência, a fim de subsidiar a prática clínica do enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Edvânia Lopes Vasconcelos contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Francisco Douglas Canafistula de Souza** contribuiu com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Ingrid Kelly Moraes Oliveira, Tatiane de Sousa Paiva e Maria Samira Sousa Matos** contribuíram com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Keila**

Maria de Azevedo Ponte Marques contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, França E, Abreu DM, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *Medical Journal* [Internet]. 2017 [cited 2022 Febr 27]; 135(3):213-21. Available from: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/bcyFczyz8wcNYj5WRWgC8kk/?format=pdf&lang=en>
2. World Health Organization. *Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020*. Geneva: WHO; 2020.
3. Souza AC, Pesaski A, Oliveira AJ, Silva AP, Zeferino AC, Hayasi EO, et al. Prevenção de doenças cardiovasculares: atividades educativas com estudantes do ensino médio. *Extensão em Foco* [Internet]. 2021 [cited 2022 Febr 27];(22). Available from: <https://revistas.ufpr.br/extensao/article/view/74687/pdf>
4. Bastos AR, Alves SR, Silva GN, Araújo HV, Oliveira RC, Morais CA. Segurança do paciente submetido a cirurgia cardíaca: implicações para a prática de enfermagem. *Saúde Colet* [Internet]. 2021 [cited 2022 Febr 27];11(64):5582-93 Available from: <https://revistasaucoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1505/1697>
5. Taurino IJM. Cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem no período pós-operatório. *Rev PubSaúde* [Internet]. 2019 [cited 2022 Febr 27];2. Available from: <https://pubsaude.com.br/wp-content/uploads/2020/03/014-Cirurgia-card%C3%ADaca-refletindo-sobre-o-cuidado-de-enfermagem-no-per%C3%ADodo-p%C3%B3s-operat%C3%B3rio.pdf>
6. Maniva SJ, Carvalho ZM, Gomes RK, Carvalho RE, Ximenes LB, Freitas CH. Educational technologies for health education on stroke: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2022 Febr 6];71(4):1724-31. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nMFvmxbyXRMfrW4JhkLpFk/?lang=en>
7. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2022 Febr 20];28. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/HZD4WwnbqL8t7YZpdWSjypj/abstract/?lang=en>
8. Santos CM, Pimenta CA, Nobre MR. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2007 Jun [cited 2022 Febr 20];15(3):508-11. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CFKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/abstract/?lang=pt>
9. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & health care: a guide to best practice* [Internet]. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011.
10. Queiroz ENS, Santos AA, Magalhães AYF, Mélo KKO, Silva ITB, Siqueira RS. Segurança do paciente no pós-operatório em cirurgia cardíaca. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2021;15(2):e244780. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/244780/39479>
11. Comarú, MN. Paciente hospitalizado – Atuação da enfermeira na prevenção de limitações físicas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 1975 [cited 2022 Aug 30];28(4):22-9. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/D3s4X9YpcYDgkSdzy6sFRMG/?lang=pt&format=pdf>
12. Paiva T, Souza FDC, Oliveira IK, Lopes AM, Ponte KM. Alta hospitalar de cirurgia cardíaca: síntese analítica dos cuidados de enfermagem. *Int J Dev Res* [Internet]. 2020;10(09):40433-6. Available from: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/19889.pdf>
13. Sarmento SD, Santos KV, Dantas JK, Silva BV, Dantas DV, Dantas RA. Non-pharmacological therapies in the relief of cardiac surgery postoperative pain: a scoping review. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2021 [cited 2022 Febr 20]. Available from: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6494>
14. González PN, Rivera ÁLN. Eficácia de la música en la reducción del dolor posoperatorio de cirugía cardíaca. *Av enferm* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sept 10]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002020000300358&lng=en/
15. Melo F, Costa M, Sandes M. Diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 05];12(8):2188-93. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231671>
16. Barretta JC, Auda JM, Antonioli D, Barancelli MD. Pós-operatório em cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem Postoperative in cardiac surgery: reflecting about nursing care. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 5];9(1):259-64. Available from: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4042>

17. Brezolin CA, Lima MVR, Seidel EN, Mendonça HSL. Diagnósticos de enfermagem para pacientes hemodialíticos: revisão integrativa. Rev Enferm UFPI [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 14];8(1):61-7. Available from: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/7165/pdf>

18. Rabelo AC, Souza FV, Silva LF. Contribuição do cuidado transpessoal ao ser-cardiopata no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 5];38(4). Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yPmYn3pVCyBwGn4vGrQynYf/?lang=pt>

19. Oliveira AGSC, Mader BJ. Emoções e Sentimentos Desenvolvidos nos Procedimentos e nas Intervenções em Cardiopatas: uma Revisão Integrativa. Rev PsicoFAE, Pluralidades em Saúde Mental [Internet]. 2020 [cited 2022 Sept 08];9(2):48-57. Available from: <https://www.revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/319/199>

20. Matioli KBB, Filho IM, Sousa TV, Pereira MC, Silva RM, Sá ES. Delirium: Prevalência e fatores associados ao pós-operatório de cirurgia cardiovascular em idosos. Rev baiana enferm [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 11];35:1-12. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/42203/24461>

21. Melo LD, Silva DA, Jeremias JS. Cuidados intensivos sistematizados ao paciente em pós-operatório cardíaco. Rev Fund Care Online [Internet]. 2021 [cited 2022 Sept 01];13:467-76. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7932>

22. Pereira LCMS, Yamaguti STF, Mota TG. Atuação da enfermagem no gerenciamento da dor relacionada ao uso da bomba de analgesia controlada pelo paciente durante o pós-operatório de cirurgia cardíaca. BrJP [Internet]. 2022 [cited 2022 Sept 01];5(2):96-9. Available from: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/S9T vYVdbTRZjjrpDwnQYc6B/?format=pdf&lang=pt>

23. Castro CC, Pereira AKS, Bastos BR. Implementação da avaliação da dor como o quinto sinal vital. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2018 [cited 2022 Sept 08];12(11):3009-14. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/a92c/bcf3c785b305ac22c347dfb68da910e95860.pdf>

24. Oliveira JTN, Gonçalves KC, Silqueira SMF. Ações de enfermagem para a prevenção e controle do delirium em pacientes pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. Nursing [Internet]. 2021 [cited 2022 Sept 01];24(274):5433-42. Available from: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1327>

