

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira  
Ana Carolina Garcia Braz  
Daniel Facciolo Pires  
Marinês Santana Justo Smith  
Silvia Regina Viel  
Welton Roberto Silva (Orgs.)

**PESQUISA PARA A SAÚDE:**  
assuntos multissistêmicos

**Coleção Ciência e Desenvolvimento**  
**52**

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



DOI 10.29327/5456683



I.C **Uni-FACEF**

**Uni-FACEF**  
Centro Universitário Municipal de Franca

**Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira  
Ana Carolina Garcia Braz  
Daniel Facciolo Pires  
Marinês Santana Justo Smith  
Sílvia Regina Viel  
Welton Roberto Silva (Org.)**

**PESQUISA PARA A SAÚDE: assuntos  
multissistêmicos**

**ISBN 978-65-88771-73-0**

**FRANCA  
Uni-FACEF  
2024**

## **Corpo Diretivo**

### **REITOR**

Prof. Dr. Alfredo José Machado Neto

### **VICE-REITOR**

Prof. Dr. João Baptista Comparini

### **PRÓ-REITOR DE ADMINISTRAÇÃO**

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

### **PRÓ-REITORA ACADÊMICA**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

### **PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO, CULTURA E DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

### **PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO e COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU***

Prof. Dr. Sílvio Carvalho Neto

### **COORDENADORA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU***

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marinês Santana Justo Smith

### **CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO**

Prof. Me. Cyro de Almeida Durigan

### **CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

Prof. Dr. Orivaldo Donzelli

### **CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – Publicidade e Propaganda**

Prof. Ma. Fúlvia Nassif Jorge Facuri

### **CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENFERMAGEM**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Aparecida Giacomini

### **CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA CIVIL**

Prof. Dnd. Anderson Fabrício Mendes

### **CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

Prof. Dr. Flávio Henrique de Oliveira Costa

### **CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE LETRAS**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Eloísa de Souza Ivan

### **CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MATEMÁTICA**

Prof. Dr<sup>a</sup> Sílvia Regina Viel

### **CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MEDICINA**

Prof. Dr. Frederico Alonso Sabino de Freitas

### **CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE PSICOLOGIA**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Aveiro Colares

### **CHEFE DE DEPARTAMENTOS DE COMPUTAÇÃO**

Prof. Dr. Daniel Facciolo Pires

**Comissão Científica**

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)  
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)  
Melissa F. Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)  
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)  
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)  
Maria Eloísa de Souza Ivan (Uni-FACEF)  
Daniel Facciolo Pires (Uni-FACEF)  
Renato Garcia de Castro (UNICAMP)  
Pedro Geraldo Tosi (UNESP)  
Vânia de Fátima Martino (UNESP)  
Érika Andressa da Silva (IFESC)  
Andrea Liporini (UNESP)  
Evandro Eduardo Seron Ruiz (USP)  
Josiane Maria Starling Duarte (Uni-FACEF)  
Kelly Jacqueline Barbosa (Uni-FACEF)  
Lívia Maria Lopes (Uni-FACEF)  
Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni (UNESP)  
Edson Zangiacomi Martinez (USP)  
Emerson Fernando Rasera (UFU)  
Janise Braga Barros Ferreira (USP)  
Mário Luís Ribeiro Cesaretti (UNIFESP)  
Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida (UFMS)

**Comissão Organizadora**

José Alfredo de Pádua Guerra  
Alfredo José Machado Neto  
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira  
Ana Carolina Garcia Braz  
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos  
Sílvio Carvalho Neto  
Marinês Santana Justo Smith  
Sílvia Regina Viel  
Welton Roberto Silva  
Leonardo Carloni Rodrigues Meira

© 2024 DOS AUTORES

Direitos de publicação Uni-FACEF  
www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v. 52.

O51g	Oliveira, Sheila Fernandes Pimenta e (Orgs.)  Pesquisa para a saúde: assuntos multissistêmicos. / Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira; Ana Carolina Garcia Braz; Silvia Regina Viel; Daniel Facciolo Pires; Marinês Santana Justo Smith; Welton Roberto Silva (Orgs.). – Franca: Uni-FACEF; 2024.  160p.; il.  ISBN Coleção 978-85-5453-017-4 ISBN Volume 978-65-88771-73-0 DOI 10.29327/5456683  1. Multidisciplinar - Fórum    2. Iniciação Científica    3. Pesquisa 4. Metodologia    I.T.  CDD 658
------	--

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (lei no. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código Penal. **Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade exclusiva de seus autores.**

Editora Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca  
Associada à ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

## PREFÁCIO

O XVIII Fórum de Estudos Multidisciplinares do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF) aconteceu de 22 a 24 de maio de 2024, reunindo estudantes, docentes e profissionais para promover discussões importantes sobre as pesquisas apresentadas nos eventos de iniciação científica, tecnológica e inovação, saúde e docência, com temas diversificados. No livro *PESQUISA PARA A SAÚDE: assuntos multissistêmicos*, você poderá consultar os trabalhos desenvolvidos, que abordam diversos temas na área da saúde.

A saúde é um campo em constante evolução. À medida que novas pesquisas e a experiência clínica ampliam nosso conhecimento, tornam-se necessárias mudanças ou adaptações, especialmente nos protocolos investigatórios e terapêuticos desenvolvidos e adotados por cada instituição de educação em saúde e/ou hospitalar assistencial, com objetivo de se obter uma assistência à saúde com cuidado longitudinal, integral e intersetorial garantindo um produto efetivo e de qualidade para a comunidade.

A iniciativa de pesquisas para a saúde contribui, em muitos aspectos, para o desenvolvimento de novas técnicas aplicadas no monitoramento da saúde, do adoecimento e das doenças, além de seus desdobramentos em diagnósticos e em novas ou melhores terapêuticas. Isso também garante a segurança e a eficiência no cuidado com o paciente promovendo a saúde e melhorando a qualidade de vida, tanto em ambientes domiciliares quanto nos serviços de saúde.

O valor das pesquisas abordadas neste e-book se evidencia pela abrangência e profundidade do conteúdo. A preocupação em facilitar a tarefa dos leitores é evidente em todos os trabalhos, que poderão ser de grande utilidade para consultas e referências em novas pesquisas. Em síntese, esta versão, através da sua interface para a área da saúde, estabelece-se como mais uma referência na literatura técnico-científica.

Cumprimento o Uni-FACEF pela organização e promoção do XVIII Fórum Multidisciplinar e agradeço a oportunidade de escrever este prefácio. Cumprimento também cada um dos autores dos trabalhos pela iniciativa e competência na abordagem das temáticas escolhidas. Trata-se de um brilhante trabalho, revestido de um valor importantíssimo para o meio acadêmico e científico, na abordagem de pesquisas teórico-práticas. É um conteúdo rico para aqueles que pretendem contribuir para a saúde, buscando

melhores práticas, explorando e apontando potencialidades e desafios diante dos temas abordados, visando maior autonomia, liberdade e melhora das condições de saúde, clínicas e de vida da população e dos serviços de saúde.

Desejo uma boa leitura.

Profa. Dra. Kelly Jacqueline Barbosa  
Docente  
Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

## SUMÁRIO

ALCANCE TOTAL: estratégias para aumentar a cobertura vacinal e proteger as crianças .....	8
FIBRAS ALIMENTARES - BENEFÍCIOS E APLICAÇÃO NA CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL DA INFÂNCIA: uma revisão narrativa .....	20
MEDICINA BASEADA EM NARRATIVAS: potencialidades para a clínica ampliada .....	35
OS DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM RELAÇÃO A MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE: a propósito de um relato de caso .....	48
OS RISCOS DA AUTOMEDICAÇÃO: um relato de experiência .....	63
PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DEPRONTO ATENDIMENTO .....	74
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE GESTANTES COM HIV EM UM SERVIÇO DE SAÚDE DO INTERIOR PAULISTA .....	108
QUALIDADE DE SONO DO ESTUDANTE DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE COM METODOLOGIA ATIVA DE ENSINO .....	121
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE SAÚDE: facilidades e limitações .....	138
ÍNDICE .....	161

**ALCANCE TOTAL:** estratégias para aumentar a cobertura vacinal e proteger as crianças  
um relato de experiência

Ana Laura Tonin Jorge  
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF  
analaurationinjorge@gmail.com

Ana Carla Paulino Cintra  
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF  
anacarlacintra58@gmail.com

Beatriz Pereira de Deus Silva  
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF  
beatrizppds07@gmail.com

Daniela de Freitas Viera  
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF  
daanifreitasvieira@gmail.com

Fernanda Pini de Freitas  
Mestra em Promoção da Saúde- Uni-FACEF  
fernandapini800@gmail.com

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), formulado em 1973 e integrado em 2003 à Secretaria de Vigilância em Saúde, é o coordenador das ações em imunizações, ou seja, através deste têm-se a política de vacinação, que caracteriza a disponibilização pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de vacinas, de forma gratuita, no território brasileiro. À luz dessa perspectiva, o ciclo vacinal as contempla desde o nascimento até a senescência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d]).

Não obstante, destaca-se ainda o conceito de imunidade coletiva ou também denominada “imunidade de rebanho”, em que a cadeia de transmissão é interrompida ao atingir número satisfatório de imunizados, o que configura, por consequência, proteção aos não vacinados – por motivos etários, biológicos ou pessoais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNOLOGIA, 2021).

Ademais, a vacina é um dos melhores meios de prevenção contra doenças, que se caracteriza no cenário infantil em um desenvolvimento individual íntegro. Enquanto, na saúde pública, representa uma das estratégias mais efetivas para evitar sequelas de doenças imunopreveníveis e até o óbito infantil – ambos inseridos como parâmetros no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e nas políticas públicas eficientes, além de estarem integrados nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), no tópico 3 e 4, Saúde e Bem-estar e Reduzir a mortalidade infantil, respectivamente (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2015).

Nesse viés, deve-se considerar que a vacinação não é de responsabilidade única dos profissionais de saúde e de instituições públicas, mas é atribuição de toda a sociedade. Dessa forma, deve-se ter esses amplos cenários atuando sinergicamente a fim de impulsionar a prevenção da doença, a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento infanto-juvenil sem situações adversas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003)

Entretanto, através de um evento realizado em 2018, no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, Carla Domingues, coordenadora-geral do PNI, no período, afirmou que o surto de doenças preveníveis se configura como uma inadequação da cobertura vacinal no Brasil e reiterou a urgência de melhorá-las. Além disso, os dados da abrangência vacinal estavam aquém do esperado em 2018, ano este em que a meta não foi alcançada em 22 das 27 unidades de federação. Existem ainda dados disponíveis da Pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) de que 312 municípios brasileiros – 44 paulistas – estavam com menos da metade das crianças vacinadas (ZORZETTO, 2018).

Destaca-se também que, segundo o Tedros Adhanom, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), após a

pandemia de coronavírus em 2019, houve grande retrocesso na vacinação infantil:

“Enquanto os países clamam para ter vacinas contra a COVID-19, retrocedemos com outras vacinações, deixando as crianças em risco de doenças devastadoras, mas evitáveis, como sarampo, poliomielite ou meningite” (OPAS, 2021).

Nessa perspectiva, o Governo Federal lançou no início de 2023 o Movimento Nacional para a Vacinação e direcionou todas as ações técnicas e de comunicação do Ministério da Saúde para promover a vacinação da população. Este, além disso, aplicou a estratégia de microplanejamento e percorreu o Brasil com o objetivo de realizar oficinas com as secretarias de saúde a fim de proporcionar soluções viáveis para a realidade de cada local. Essa ação registrou um aumento na cobertura vacinal de 13 dos 16 principais imunizantes do calendário infantil do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em comparação ao ano de 2022. Entre as vacinas que se destacaram estão as contra Poliomielite (VIP ou VOP), rotavírus, hepatite A, febre amarela e as pentavalente, meningocócica C (1ª dose e reforço), pneumocócica 10 (1ª dose e reforço), tríplice viral (1ª e 2ª doses) e reforço da tríplice bacteriana (DTP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Apesar dos programas de imunização, controle e erradicação de doenças a partir da vacinação maciça, ainda há déficits na abrangência infantil dessas vacinas. Um estudo realizado por alunos de enfermagem da USP, investigou os fatores relacionados e desenvolveu programas de software destinados a controlar a atualização das vacinas de crianças de até 6 anos de idade, matriculados nas Escola Municipais de Ensino Infantil (EMEI) da cidade de São Paulo. A partir do programa criado foi obtido resultados positivos, devido a identificação dos alunos cujas vacinas não estavam atualizadas. Nesse sentido, as escolas encaminhavam um formulário, do próprio programa, aos pais, com o objetivo de incentivar a imunização infantil e,

consequentemente, a atualização e ajustes na Caderneta de Vacinação.

À luz dessa premissa, justifica-se que a identificação do cenário infantil através dos centros educacionais possibilita que as ações de saúde sejam bem executadas, através da promoção de saúde e prevenção de doença. Destaca-se, ainda, que a identificação de impasses pelas instituições educativas permite o rastreamento dos déficits presentes. (SILVEIRA, SILVA, *et al.*, 2007)

## **2. OBJETIVO:**

Relatar a experiência dos estudantes de Medicina no desenvolvimento de um projeto de educação em saúde sobre a importância da vacinação infantil para a prevenção de doenças imunopreveníveis, em um Centro de Convivência infantil.

## **3. RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trata-se de um relato de experiência, sobre a vivência de acadêmicos do terceiro período do curso de Medicina, em um Centro de Convivência Infantil (CCI), de um município do interior paulista, no primeiro semestre de 2024. O público-alvo foram 60 pais ou responsáveis pelas crianças de quatro meses a quatro anos de idade, 12 professores e uma coordenadora pedagógica do CCI.

Os acadêmicos elaboraram um convite digital, o qual foi encaminhado 15 dias antes à coordenadora da instituição e, posteriormente, enviado aos pais via WhatsApp. A atividade de educação em saúde sobre a importância da vacina aconteceu no início da reunião de pais e professores do CCI.

No momento da reunião, foi realizada a distribuição de panfletos elaborados pelos acadêmicos - com informações essenciais sobre o tema - aos familiares, com o intuito de contribuir para a retenção da informação, a longo prazo, de forma a evitar o esquecimento. Faz-se válido pontuar que vários presentes já iniciaram a leitura logo que receberam, o que demonstra o interesse pelo assunto.

Os panfletos continham informes sobre o que são as vacinas, se são seguras, a sua importância dentro do desenvolvimento infantil e porque devemos nos vacinar. Para a apresentação expositiva e interativa, realizada através de slides, foram utilizados um computador e um projetor disponibilizado pelo CCI, com duração de 40 minutos.

No dia de execução, a intervenção foi iniciada no período da tarde, com a chegada à CCI pouco antes do início da reunião com os genitores e responsáveis pelas crianças matriculadas. Esse momento, então, permitiu uma discussão prévia dos tópicos a serem abordados com a diretora e o representante religioso da unidade, que declararam que seria de grande valia a introdução de forma de transmissão e prevenção da maioria das viroses - tópico que já seria abordado, o que justificou, mais uma vez, a realização da atividade.

Essa discussão demonstrou, assim, o vínculo faculdade-CCI-saúde, que permite a ampla conversa dos pontos que são necessários serem reforçados e discutidos.

Ademais, no planejamento, foi estabelecido que primordialmente seria abordado o que é a vacina e como ela funciona, mas no momento da execução foi percebido uma dificuldade de compreensão dos ouvintes devido à complexidade científica do assunto. Assim, foi feita uma alusão à identificação de pessoas através de fotos digitais, visto que o reconhecimento

do antígeno pelo sistema imune, por meio da vacina, ocorre de maneira análoga.

Desse modo, foi assegurado maior entendimento do conceito e atuação da vacina, o que possibilitou que os palestrantes seguissem a discussão de forma clara e receptiva. Na continuidade, abordou-se os demais temas propostos, reiterando as informações previamente requisitadas pela diretoria, a qual ratificou que a fala do profissional de saúde na creche demonstra maior aceitação dos responsáveis devido ao espaço de responsabilidade que esses empregam no desenvolvimento infantil.

Não obstante, ao final do seminário, a coordenadora complementou a fala dos graduandos e trouxe uma devolutiva juntamente com os docentes da creche a respeito da prática vacinal, relatando que houve um caso de sarampo há alguns anos na unidade e esta foi fechada para que a disseminação da doença não ocorresse entre os alunos. Ainda ressaltou sobre as reações adversas e complementou que o caso clínico da criança apesar de – felizmente – não ter agravado ao ponto de uma fatalidade, agudizou e levou à internação hospitalar.

Dessa forma, o tema foi eficientemente abordado e contou com uma significativa atenção por parte dos pais no momento descritivo-informacional, superando as expectativas dos discentes. Além disso, houveram valiosas complementações dos cuidadores e educadores, que analisam diariamente o desenvolvimento da criança, sendo estes, portanto, peças-chave no processo saúde-doença dos alunos, haja vista a capacidade perceptiva sensível quando algo está comprometendo seu bem-estar.

#### **4. DISCUSSÃO**

Durante o terceiro período acadêmico, os estudantes foram propostos à realização de um projeto de intervenção, em que o

tema escolhido pelos autores foi a importância da vacinação infantil adequada, pois esta desempenha um papel fundamental na saúde geral da criança. Uma vez que atua fortificando seu sistema imunológico e protegendo-a contra diversas enfermidades que, através de seus efeitos adversos, possuem capacidade de prejudicar o desenvolvimento físico, cognitivo e social.

Nessa perspectiva, foi evidenciado que a coincidência entre o horário de trabalho dos pais e responsáveis e a realização de ações educativas pelos autores foi bem determinado, pois se não ocorresse no período da vespertino/noturno, poderia limitar o acesso do público às informações sobre o tema.

Nesse contexto, vale ressaltar que a colaboração entre a UBS (onde os autores estão inseridos) e a CCI se faz imprescindível. Essa afirmação se justifica pelo fato de que a intersetorialidade na gestão da saúde permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões, o que propicia a formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que promovam o bem-estar da população, em especial das crianças.

(SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA CATARINA, [s.d])

À luz dessa perspectiva, reitera-se a importância da sinergia saúde-educação, visto que são áreas que possibilitam o olhar de forma intrínseca e extrínseca para o crescimento e desenvolvimento pleno infante-juvenil.

Nesse sentido, a receptividade dos docentes da unidade pré-escolar com os graduandos, desde o primeiro contato, permitiu amplo espaço para discussão e investigação dos impasses encontrados pela creche, com ênfase para a prática vacinal. Dessa forma, fortaleceu-se o vínculo com o espaço educacional, que reforçou as práticas de territorialização iniciadas no ano anterior, posto que foi disponibilizado o local de realização do seminário e os instrumentos necessários. Outrossim, um elo que também fortaleceu o ambiente educacional está integrado às

habilidades de comunicação, as quais foram introduzidas no início do curso e se desenvolveram ao longo da graduação. Nesse âmbito, o grupo enfrentou desafios na execução e aplicação do projeto, uma vez que a linguagem acadêmica não se adequava às apresentações informais, sendo necessário utilizar um vocabulário claro e didático para abordar o tema e assim obter uma melhor compreensão dos ouvintes.

A partir dos impasses mencionados pelos docentes da instituição escolar e dos informantes-chave da atenção primária, o tema da importância da vacinação infantil foi então abordado. Diante do exposto, foi iniciada uma reflexão sobre possíveis falhas na disseminação de informações relacionadas ao tema. Assim, observa-se que a aplicação do projeto de intervenção realizado pelo grupo foi essencial e possuiu como objetivo conscientizar e reforçar para os pais e responsáveis sobre o assunto supracitado.

Ressalta-se, nesse viés, que a intersetorialidade bem executada possibilitou a execução do projeto de maneira eficaz e com devolutiva no próprio dia de sua realização, através dos comentários e levantamentos feitos pela coordenadora da unidade.

À luz dos conhecimentos supracitados sobre a forma acadêmica de raciocínio, hipótese e em seguida para os dados científicos, elaboração do projeto, execução e resultados, permitiu que os atuantes obtivessem sucesso na prática da teoria pedagógica da problematização.

Contudo, infere-se que, em um contexto em que as fakes News estão em ascensão, há alta disseminação de informações incorretas sobre imunizações. Diante disso, é crucial ressaltar a verdadeira necessidade da vacinação, esclarecer a quantidade de doses de reforços e intervalos os quais são necessários, com

ênfase para os benefícios individuais e coletivos dessa prática na saúde pública.

À luz dessa perspectiva, identifica-se que no território nacional há a necessidade de adequar o oferecimento dos serviços relacionados à vacinação infantil à realidade dos genitores. Isso envolve a ampliação da oferta de ações educativas e de imunização, visando aumentar o acesso para a população infantil. Nessa conjuntura, a limitação de horário poderia se tornar um empecilho para o comparecimento ao seminário. (DIAS, MARTINS, *et al.*, 2023)

Ademais, através da inserção dos estudantes na unidade curricular IESC, estabeleceu-se um espaço de práticas do conhecimento adquirido e reflexão sobre questões de saúde na comunidade. Assim, essa experiência não só lhes proporcionou aprendizado acadêmico, mas também os capacitou a promover e desenvolver alternativas de solução para os problemas de saúde locais. Dado que, um dos objetivos fundamentais do IESC é fornecer a promoção e prevenção de saúde, fica claro que o propósito do projeto se alinha ao da disciplina uma vez que visa promover o acesso adequado à vacinação e crescimento íntegro pela proteção contra doenças evitáveis.

Nessa conjuntura, pontua-se que a dificuldade encontrada não foi concretizada, uma vez que os graduandos possuíam capacidade vocabular e linguística de converter os termos inapropriados para discussão com pessoas que não são da área da saúde de forma didática e clara; o que demonstrou evolução de oratória e de aquisição de conhecimentos, que, em um anterior projeto, foi deficitário.

Logo, ressalta-se a importância da boa coordenação e organização da preceptora dos graduandos e da disciplina IESC, que possibilitou que fosse realizada a escolha do tema,

investigação e execução do projeto de forma íntegra e com sucesso.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atividade sobre vacinação descrita neste relato, promovida pelas disciplinas Metodologia Científica e Integração em Saúde na Comunidade (IESC), proporcionou aos discentes de graduação em Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca, um amplo olhar para as potencialidades e fragilidades da localização de abrangência, destacando-se o déficit na cobertura vacinal infantil. Além disso, essa atividade também evidenciou a responsabilidade do médico quanto as demandas da população, tópicos esses trabalhados nas disciplinas supracitadas.

Nesse viés, a atividade realizada no CCI, evidenciou a importância da discussão e abordagens sobre assuntos como imunização infantil, pauta já recomendada pela diretora da creche, e a transmissão de doenças infectocontagiosas. Ademais, durante a palestra na reunião de pais, os alunos distribuíram panfletos sobre as principais informações e orientações sobre o tema abordado.

Em suma, aplicação do projeto permitiu aos discentes um contato maior com as demandas da comunidade, a aplicação de todo conhecimento adquirido até este momento na graduação, sobretudo das matérias já mencionadas, além de permitir aos alunos um contato maior com a população, prática que enriquece a formação enquanto profissionais da saúde. Outrossim, a aplicabilidade deste integra a abordagem de territorialização, princípios de SUS, ética e humanização do exercício da medicina pilares essenciais para a formação de todos os profissionais de saúde do país.

Ressalta-se, assim, que esse tema agregou imensamente para o conhecimento dos alunos, posto que a matriz curricular destes inclui o estudo, no primeiro ano, sobre a fisiologia do sistema imune e, no terceiro semestre, sobre o desenvolvimento infantil, o que permite a correlação desses fatores ao crescimento infanto-juvenil e seu desenvolvimento íntegro e saudável.

## **BIBLIOGRAFIA**

DIAS, E. G. et al. Comportamento de pais/responsáveis em relação à vacinação infantil em uma estratégia saúde da família., 19, n. 2, 25 Agosto 2023. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/11884>>. Acesso em: 4 Maio 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades e Estados, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/franca.html>>. Acesso em: Março 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gov.br**, [s.d]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pni>>. Acesso em: abril 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **gov.br**, 22 Abril 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/cobertura-de-13-das-16-vacinas-do-calendario-infantil-apresentou-alta-em-2023>>. Acesso em: 06 maio 2024.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **brasil.un.org**, 2015. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>. Acesso em: 04 maio 2024.

OPAS. Pandemia de COVID-19 leva a grande retrocesso na vacinação infantil, mostram novos dados da OMS e UNICEF, 15 Julho 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cartilha de Vacinas**. [S.l.]: OPAS/OMS, 2003.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. CONSTRUINDO A INTERSETORIALIDADE, Florianópolis, [s.d].

SILVEIRA, A. S. D. A. et al. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 41, n. 2, junho 2007. 299-305. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000200018>>. Acesso em: 08 Maio 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNOLOGIA. **SBI.org**, 30 Abril 2021. Disponível em: <<https://sbi.org.br/sblogi/mas-afinal-o-que-e-a-imunidade-de-grupo/>>. Acesso em: 04 Maio 2024.

ZORZETTO, R. As razões da queda na vacinação, n. 270, 2018.

**FIBRAS ALIMENTARES - BENEFÍCIOS E APLICAÇÃO NA  
CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL DA INFÂNCIA** uma revisão narrativa**Vânia Gameiro de Carvalho**

Mestra em Pediatria

Instituição: Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF)

Endereço: Avenida Alonso Y Alonso, 2400, São José, Franca - SP,

CEP: 14401-426

E-mail: vania\_gameiro@hotmail.com

**Paula Gameiro Colenghi Stival**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF)

Endereço: Avenida Alonso Y Alonso, 2400, São José, Franca - SP,

CEP: 14401-426

E-mail: paulagcstival@hotmail.com

**1. INTRODUÇÃO**

Os distúrbios gastrointestinais pediátricos, incluindo diarreia, constipação, cólica e regurgitação, são altamente prevalentes e inespecíficos. Os distúrbios gastrointestinais podem ser classificados em orgânicos (OGIDs, *do inglês, Organic Gastrointestinal Disorders*) e funcionais (FGIDs, *do inglês, Functional Gastrointestinal Disorders*) de acordo com a sua etiologia. Os OGIDs são distúrbios gastrointestinais com uma etiologia reconhecível, e, conforme descrito na Tabela 1, pode-se identificar as possíveis etiologias de ordem orgânica na Constipação Intestinal. Por outro lado, os FGIDs definem uma ampla gama de sintomas gastrointestinais que não podem ser atribuídos a uma causa orgânica aparente após avaliação médica apropriada (Alshehri et al., 2022). Estima-se que cerca de 90 a 95% dos casos de constipação intestinal crônica são de natureza funcional (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022).

Tabela 1 - Etiologia da constipação em crianças

<b>FUNCIONAL</b>	<b>INTESTINAL</b>	<b>NEUROLÓGICO</b>
	Doença de Hirschsprung	Anomalias, traumas ou tumores da medula espinhal
	Malformação anorretal	Neurofibromatose
	Displasia intestinal neuronal	Paralisia Cerebral
	Doença celíaca	
	Alergia à proteína do leite de vaca	
	Fibrose Cística	
<b>METABÓLICO</b>	<b>DROGAS</b>	<b>OUTROS</b>
Hipotireoidismo	Opióides	Ingestão de metal pesado
Diabetes Mellitus	Anticolinérgicos	Anorexia nervosa
Hipercalcemia	Antidepressivos	Abuso sexual
Hipocalcemia	Diuréticos	Esclerodermia
Intoxicação por Vitamina D		

Fonte: Elaborado pela autora. Adaptado de Altay, 2023.

A constipação funcional é considerada o distúrbio funcional gastrointestinal mais comum em crianças, com uma prevalência global de 14,4%, quando diagnosticada com base nos critérios de Roma IV. Globalmente, até 25% das consultas à gastroenterologistas pediátricas e 3% de todas as consultas ambulatoriais pediátricas gerais são devidas à constipação funcional (Tran; Sintusek, 2023), sendo que, de acordo com o Departamento Científico de Gastroenterologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria, em 17% a 40% dos pacientes os sintomas se iniciam no primeiro ano de vida (Departamento Científico de Gastroenterologia da Sociedade Brasileira De Pediatria, 2024).

A etiopatologia da constipação funcional é multifatorial e as várias causas não são mutuamente exclusivas. Estudos de caso controle mostraram uma associação entre baixo teor de fibras dietéticas e constipação funcional (Leung; Hon,

2021). Dessa forma, a menor ingestão de fibra alimentar pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de constipação crônica funcional (Chowdhury et al., 2024).

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 Constipação Intestinal Funcional**

A constipação funcional é o distúrbio funcional gastrointestinal mais comum em crianças e afeta a qualidade de vida e a saúde psicológica da criança e de sua família (Tran; Sintusek, 2023). Além disso, devido aos custos decorrentes de assistência médica, exames para investigação e medicamentos, considera-se que a constipação intestinal é um grave problema de saúde pública (SBP, 2022).

Em virtude da necessidade de uniformizar o diagnóstico dos distúrbios funcionais gastrointestinais, foram desenvolvidos os critérios de Roma, que representam uma iniciativa internacional para a padronização diagnóstica dos distúrbios gastrointestinais funcionais, com base nas manifestações clínicas e na ausência de sinais de gravidade sugestivos de outras doenças que possam exigir outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos. A última versão, denominada critério de Roma IV, foi publicada em 2016 (SBP, 2022). Os critérios de Roma IV, descritos abaixo no Quadro 1, são considerados padrão ouro para o diagnóstico de Distúrbios Gastrointestinais Funcionais (FGIDs) (Alshehri et al., 2022).

É importante enfatizar que o diagnóstico de constipação funcional é baseado na anamnese e no exame físico, não se fazendo necessário o uso rotineiro de radiografia de abdômen, teste de alergia ao leite de vaca e de exames laboratoriais para triagem de hipotireoidismo, doença celíaca e hipercalcemia (Hyams et al., 2016). Uma extensa história clínica e exame físico podem ser suficientes para estabelecer o diagnóstico se os

pacientes atenderem aos critérios diagnósticos de Roma IV e se os sintomas não puderem ser atribuídos a uma causa orgânica subjacente. Os profissionais de saúde devem sempre estar alertas à presença de sinais de alarme de causas orgânicas subjacentes, descritos no Quadro 2, ou sinais de abuso físico ou sexual (De Geus et al., 2023).

#### Quadro 1 – Critérios de Roma IV para diagnóstico de Constipação Funcional em crianças

**Os critérios para crianças de até 4 anos devem incluir pelo menos dois dos seguintes sintomas por pelo menos um mês:**

- 1) Duas ou menos evacuações por semana;
- 2) Histórico de retenção excessiva de fezes;
- 3) Histórico de evacuações com dor ou dificuldade;
- 4) Histórico de fezes de grande calibre;
- 5) Presença de grande massa fecal no reto.

Para crianças que já completaram o treinamento esfinteriano considerar também;

- 6) Pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana após aquisição do controle esfinteriano e
- 7) Histórico de eliminação de fezes de grande calibre que podem entupir o vaso sanitário.

**Para crianças com mais de 4 anos e adolescentes os critérios devem incluir dois ou mais dos seguintes sintomas pelo menos uma vez por semana por no mínimo um mês (desde que não preencham os critérios para diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável):**

- 1) Duas ou menos evacuações no vaso sanitário por semana;
- 2) Pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana;
- 3) História de postura retentiva ou retenção voluntária excessiva de fezes;
- 4) Histórico de evacuações com dor ou dificuldade;
- 5) Presença de grande massa fecal no reto;
- 6) Histórico de eliminação de fezes de grande calibre que podem entupir o vaso sanitário.

***Em todas as faixas etárias: Os sintomas não devem ser plenamente explicados por outra condição médica.***

Fonte: Elaborado pela autora. Adaptado de BENNINGA et al., 2016; HYAMS et al., 2016.

**Quadro 2 – Sinais de Alarme sugestivos de doença orgânica****Sinais de alarme sugestivos de doença orgânica**

- 1) Início da constipação em idade precoce (<1 mês de idade);
- 2) Distensão abdominal severa e progressiva;
- 3) Retardo de eliminação de mecônio (>48 horas);
- 4) Fezes em fita;
- 5) Sangue nas fezes na ausência de fissura anal;
- 6) Déficit de crescimento;
- 7) Febre;
- 8) Vômito bilioso;
- 9) Tufo piloso na região espinha;
- 10) Implantação anômala do ânus;
- 11) Anormalidades da glândula tireoide;
- 12) Desvio da fenda glútea;
- 13) Ausência de reflexo anal ou de reflexo cremastérico;
- 14) Diminuição de reflexos/tônus/força em membros inferiores;
- 15) Espinha bífida;
- 16) Fistula/Úlcera perianal
- 17) História familiar de Doença de Hirschsprung

Fonte: Elaborado pela autora. Adaptado de Altay, 2023.

Dentre os sinais de alarme destacam-se: constipação com início no primeiro mês de vida, eliminação de mecônio após 48h de vida, antecedente familiar de doença de Hirschsprung, sangue nas fezes na ausência de fissura anal, déficit de crescimento e distensão abdominal acentuada (SBP, 2022).

No quadro de constipação intestinal funcional crônica, observa-se a existência de um círculo vicioso de evacuações dolorosas prévias que provocam comportamento de retenção que, por sua vez, retarda a evacuação e faz com que as fezes fiquem mais volumosas e mais ressecadas. Portanto, durante a defecação, ocorre dor, fechando o círculo vicioso. Esse processo pode determinar a perpetuação e o agravamento do quadro de constipação intestinal, que pode ter aumento progressivo da gravidade e consequências negativas de grande impacto na vida das crianças e dos adolescentes e também de seus familiares (SBP, 2022).

A falta de fibras é um fator de vanguarda entre os conhecidos fatores de risco para o desenvolvimento da constipação infantil. A associação de fibras na alimentação e constipação foi estabelecida por diversos estudos (Chowdhury et al., 2024). Salvatore et al. (2023) destacam que mais da metade das crianças com constipação apresentam ingestão de fibras abaixo da recomendação mínima.

O pediatra que tem contato com a criança e a família desde o nascimento pode dar o aconselhamento preventivo quanto às práticas alimentares, à interpretação do funcionamento intestinal normal e à detecção precoce de sintomas de constipação intestinal. A dieta da família deve ser reestruturada para ser saudável e fornecer quantidade adequada de fibras alimentares conforme destacado no Brasil há mais de duas décadas (Departamento Científico de Gastroenterologia da SBP, 2024).

## 1.2 Fibras Alimentares

Define-se fibra alimentar (FA) como “qualquer material comestível que não seja hidrolisado pelas enzimas endógenas do trato digestivo humano”, segundo a Resolução RDC nº360 de 23/12/2003 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). De acordo com o Consórcio Internacional de Qualidade de Carboidratos, fibra alimentar é um termo genérico que descreve carboidratos não absorvidos da parede vegetal e componentes não-carboidratos, como a lignina, e alguns oligossacarídeos de armazenamento intracelular, como os frutanos. Apesar das poucas diferenças nas definições existentes, as fibras alimentares são reconhecidas como um grupo de polímeros e oligómeros de hidratos de carbono que não podem ser digeridos no intestino delgado humano e passam para o intestino grosso, onde podem, ou não, ser fermentados pela microbiota intestinal, parcialmente ou completamente (Salvatore et al., 2023).

As FAs podem ser classificadas de acordo com sua solubilidade, em fibras solúveis e fibras insolúveis. Uma vez ingeridas, as FAs transitam pelo intestino delgado sem serem degradadas, e, no intestino grosso, as fibras solúveis serão fermentadas, ao contrário das fibras insolúveis (Departamento Científico de Nutrologia da SBP, 2021).

As fibras solúveis são encontradas nas frutas, hortaliças, leguminosas e cereais. Incluem as pectinas, as gomas, as mucilagens e algumas hemiceluloses. Elas têm a capacidade de reter água e absorver substâncias orgânicas provenientes da dieta. Um dos seus mais importantes efeitos, entretanto, é o de sofrer fermentação pela microbiota colônica (Departamento Científico de Nutrologia da SBP, 2021). Através da fermentação, estimula-se o crescimento da microflora intestinal e da biomassa fecal (De Mello, 2017).

As fibras insolúveis são encontradas nas hortaliças e nos cereais integrais. Incluem a celulose, a maioria das hemiceluloses e a lignina, que conferem rigidez estrutural às plantas. Captam pouca água, formando misturas de baixa viscosidade. Elas contribuem com o aumento do volume do bolo fecal, estimulando mecanicamente o músculo liso intestinal e seu peristaltismo, o que resulta em maior velocidade do trânsito intestinal. Apresentam, portanto, função importante na prevenção da constipação (Departamento Científico de Nutrologia da SBP, 2021).

Todos os carboidratos que não são hidrolisados pelas enzimas intestinais humanas atuam como fibras alimentares e, quando metabolizados pela microbiota intestinal, produzem ácidos graxos de cadeia curta (SCFAs, do inglês, short-chain fatty acid). Os SCFAs são representados por acetato, propionato e butirato. Um conjunto crescente de evidências indica os múltiplos benefícios para a saúde dos SCFAs, incluindo como combustível para colonócitos, produção de mucina, regulação da apoptose e

imunidade, modulação da saciedade, manutenção da função da barreira intestinal, aumento na absorção mineral do cólon (por exemplo, cálcio, ferro e magnésio), a estimulação de bactérias benéficas (por exemplo, bifidobactérias, lactobacilos), uma redução na inflamação e o desenvolvimento de tolerância imunológica (Salvatore et al., 2023).

A fibra alimentar geralmente não é exclusivamente do tipo solúvel ou insolúvel. De forma geral, a parte externa e/ou cascas de cereais, leguminosas (trigo, milho, feijões, ervilhas e outros grãos), frutas e hortaliças tendem a apresentar maior quantidade de fibra insolúvel, enquanto sua polpa apresenta teor predominante de fibra solúvel (De Mello, 2017). Todos os alimentos de origem vegetal fornecem fibras, com teor variável de frações solúveis e insolúveis, sendo que, em comparação com os grãos refinados, os grãos integrais são considerados nutrientes com maior teor de fibras pela presença de um farelo, que é uma camada externa cheia de fibras que também contém vitaminas do grupo B, minerais e antioxidantes (Salvatore et al., 2023).

A Tabela 2 apresenta o conteúdo total e solúvel de fibra em alimentos comuns, incluindo frutas, vegetais, castanhas, legumes e grãos.

Para garantir uma ingestão adequada, a proporção entre fibras solúveis e insolúveis presente na nossa dieta deve estar equilibrada. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a ingestão diária de fibras equivalente a (idade + 5) gramas, entretanto sem ultrapassar (idade + 10) gramas, e no máximo 35 g ao dia independentemente da idade. Nas recomendações são informadas apenas as quantidades, mas não indicam qual a composição de FA. As fontes devem ser preferencialmente naturais, deixando as fibras sintéticas para tratamento em situações específicas (Departamento Científico de Nutrologia da SBP, 2021).

Já a Academia Americana de Pediatria sugere duas fórmulas diferentes para calcular a ingestão (mínima) diária de fibra em pacientes pediátricos: uma baseada na idade da criança (idade em anos + 5g) e outra baseada no peso corporal (0,5 g fibra/kg até 35 g/d). A American Health Foundation sugere consumir “idade em anos mais 5g até 10 g” de fibra por dia para crianças com mais de 2 anos. Outras autoridades, como o Instituto de Medicina e a Food and Drug Administration, propõem uma necessidade de fibra alimentar baseada na ingestão calórica (14g ou 12g de fibra/1000 kcal) (Salvatore et al., 2023). A maioria das diretrizes internacionais, entretanto, faz recomendações apenas em termos de dose diária (ou seja, quantidade), deixando de mencionar o aspecto da qualidade da fibra necessária para a saúde (Hojsak et al., 2022).

Tabela 2 – Conteúdo e tipos de fibras em alimentos comuns

ALIMENTO	Fibras totais (g/100g)	Fibras solúveis (g/100g)	Fibras insolúveis (g/100g)	ALIMENTO	Fibras totais (g/100g)	Fibras solúveis (g/100g)	Fibras insolúveis (g/100g)
<b>FRUTAS</b>				<b>VEGETAIS</b>			
Abacate	6,7	4,7	2	Abóbora	2	0,6	1,4
Banana	1,8	0,62	1,19	Alface	1,5	0,13	1,33
Cherry	1,3	0,49	0,8	Beterraba	7,8	2,4	5,4
Coco	9	0,5	8,5	Brócolis	2,4	0	2,4
Damasco	1,5	0,71	0,83	Cenoura	3,1	0,41	2,7
Kiwi	2,2	0,78	1,43	Couve-de-bruxelas	4,4	2,8	1,6
Laranja	1,6	0,6	1	Pepino	0,8	0,21	0,54
Limão	2,8	1,6	1,2	Repolho Verde	2,6	0,32	2,26
Maça (com casca)	2,6	0,73	1,84	Tomate enlatado	1,9	1,7	0,2
Maça (sem casca)	2	1,55	0,44	Tomate fresco	1	0,24	0,77
Manga	2	1	1	<b>GRÃOS</b>			
Melão	0,8	0,3	0,5	Arroz	2,3	0,2	2,1

				<b>Branco</b>			
<b>Morango</b>	1,6	0,45	1,13	<b>Arroz Branco</b>	2,3	0,2	2,1
<b>Óleo de oliva</b>	4,4	1,8	2,6	<b>Arroz Integral</b>	7,4	1,1	6,3
<b>Pera (com casca)</b>	4,3	4	0,3	<b>Aveia em Flocos</b>	8,3	3,3	4,99
<b>Pera (sem casca)</b>	3,8	1,29	2,56	<b>Ervilha (congelada)</b>	3,5	0,3	3,2
<b>Pêssego (com casca)</b>	1,9	0,78	1,19	<b>Ervilha (cozida)</b>	6,4	0,64	5,73
<b>Pêssego (sem casca)</b>	1,6	0,87	0,71	<b>Farinha de Aveia</b>	9	4,4	4,6
<b>Uva Roxa</b>	1,6	0,25	1,33	<b>Feijão Genérico (peso seco)</b>	17,5	2,34	12,14
<b>Uva Verde</b>	1,4	0,16	1,2	<b>Grão-de-bico (cozido)</b>	5,8	0,47	5,29
<b>CASTANHAS</b>				<b>Grão-de-bico (peso seco)</b>	13,6	1,13	12,45
<b>Amêndoas</b>	11,2	1,1	10,1	<b>Lentilha (peso seco)</b>	13,8	0,92	12,91
<b>Amendoim torrado</b>	10,9	1	9,9	<b>Quinoa cozida</b>	2,8	2,8	0
<b>Avelã</b>	17,5	11,8	5,7	<b>Soja (peso seco)</b>	15,7	6,4	9,3
<b>Castanha-de-Caju</b>	3,5	1,6	1,9				
<b>Castanha-do-pará</b>	6,5	5,1	1,4				
<b>Nozes</b>	6,7	7,1	5				
<b>Noz-pecã</b>	9,4	0,3	9,1				

Fonte: Elaborado pela autora. Adaptado de Salvatore et al., 2023.

A aplicação de diferentes fórmulas à mesma criança resultaria numa ingestão recomendada muito diferente, variando de 7 a 19 g/dia para crianças pequenas e 20 a 38 g/d em crianças e adolescentes em idade escolar. Embora não haja nenhuma indicação clara disponível sobre a composição de qualidade das fibras nas dietas infantis, em adultos, sugere-se uma proporção de fibras insolúveis/solúveis de 3:1. Uma vez que muitos estudos

demonstraram que a ingestão de fibra alimentar é baixa na maioria das crianças que consomem uma dieta ocidental, devem ser encorajados esforços para aumentar o consumo de fibra. As barreiras à ingestão de fibra alimentar incluem o sabor, o aspecto visual, o custo e a disponibilidade limitada de alimentos prontos para consumo nas refeições fora de casa (Salvatore et al., 2023).

Em relação ao consumo de fibras por crianças com constipação funcional, a Sociedade Europeia de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição (ESPGHAN) e a Sociedade Norte-Americana de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição (NASPGHAN) recomendam uma quantidade normal de ingestão de fibra alimentar, mas não determinam nenhuma orientação específica sobre o tipo ou fonte de fibra que pode ser mais benéfico para essas crianças. Portanto, o papel da suplementação de fibras no tratamento da constipação infantil permanece pouco claro e são necessários ensaios clínicos randomizados de alta qualidade bem projetados para definir melhor as fontes de fibras mais benéficas para essas crianças e sua proporção da ingestão total de fibras diárias. Até que os dados desses estudos estejam disponíveis, as intervenções alimentares sozinhas não devem ser usadas como um tratamento único ou de primeira linha para constipação crônica em crianças. Portanto, é aconselhável garantir uma ingestão normal de fibras, sem evidências que apoiem a ingestão adicional em crianças com constipação funcional (Hojsak et al., 2022; Tabbers, 2014; Todhunter-Brown et al., 2024)

Toporovski et al. (2021), demonstram em um estudo pediátrico brasileiro realizado com pacientes portadores de constipação que, na interrupção da ingestão de fibras alimentares, muitos pacientes necessitam reiniciar o tratamento farmacológico.

A ingestão excessiva de fibras durante a infância, no entanto, também deve ser evitada para limitar a fermentação intestinal, uma possível ingestão energética inadequada devido ao

aumento da saciedade e à redução da biodisponibilidade de minerais. Muitas fontes de fibra são ricas em fitatos e oxalatos, que diminuem a biodisponibilidade do ferro. Entretanto, em contraposição a isso, os SCFAs e a diminuição do pH intestinal podem favorecer a absorção de minerais como ferro, cálcio e magnésio (Salvatore et al., 2023).

Com base em evidências epidemiológicas, pode-se dizer que o uso de dieta rica em fibra alimentar e o consumo satisfatório de líquidos, aliados à bom nível de atividade física, são importantes para a promoção da saúde em geral e podem proporcionar menor probabilidade de constipação intestinal (SBP, 2022).

Além disso, os profissionais médicos precisam ser encorajados a avaliar e diagnosticar a Constipação Funcional através dos critérios baseados em Roma IV e a promover intervenções não farmacológicas, uma vez que os pais muitas vezes não conseguem manter o regime de tratamento (Chowdhury et al., 2024).

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A constipação funcional é atualmente um distúrbio com alta prevalência e impacto na qualidade de vida da criança. Uma história clínica e exame físico completos são suficientes para realizar o diagnóstico da doença, na ausência de sinais de alarme. Sua etiopatologia é multifatorial e, dentre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença, está a alimentação com baixo teor de fibras. Os estudos revelam a associação entre ingestão de fibras abaixo da recomendação mínima e crianças com constipação funcional.

As fibras alimentares são nutrientes essenciais na alimentação humana e seus efeitos fisiológicos e funcionais estão associados a uma ampla gama de benefícios para a saúde a curto e a longo prazo. Dentre os papéis desempenhados pela fibra alimentar destaca-se o crescimento da microflora intestinal e da biomassa fecal, além do estímulo mecânico do músculo liso intestinal e de seu peristaltismo, o que resulta em maior velocidade do trânsito intestinal e, portanto, em função importante na prevenção da constipação funcional.

Atualmente, deve-se encorajar os esforços para aumentar o consumo de fibras, especialmente em crianças que consomem uma dieta ocidental, visto que os estudos demonstram uma baixa ingestão de fibra alimentar nessas crianças. Entretanto, em crianças com constipação funcional não há, até o momento, evidências suficientes para recomendar o uso de fibras adicionais para o tratamento. Além disso, a maioria dos estudos não determina qual deve ser a qualidade da fibra a ser ingerida e qual deverá ser a proporção adequada entre fibras solúveis e insolúveis. A ingestão adequada de fibras deve ser recomendada, mas não sua suplementação.

Os profissionais de saúde precisam estar cientes do manejo adequado das crianças com constipação funcional. Deverão saber como fornecer aconselhamento adequado aos pais e difundir conhecimentos sobre medidas preventivas. É fundamental educar os pais e cuidadores sobre a importância de uma alimentação equilibrada, que inclua a ingestão adequada de fibras, incentivando o consumo de frutas, verduras e grãos.

## REFERÊNCIAS

ALSHEHRI, Dhafer B. *et al.* Saudi Experts Consensus on Diagnosis and Management of Pediatric Functional Constipation. **Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr**, v. 25, ed. 3, p. 163-179, 2022.

ALTAY, Derya. Constipation in Children: An Example of A Conflict Situation. **Journal of Pediatric Academy**, [s. l.], v. 4, ed. 4, 2023.

BENNINGA, Marc A *et al.* Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. **Gastroenterology**, v. 150, p. 1443–1455, 2016.

CHOWDHURY, Kona *et al.* Constipation: A Pristine Universal Pediatric Health Delinquent. **Cureus**, [s. l.], v. 16, ed. 1, 19 jan. 2024.

DE GEUS, Anna *et al.* An Update of Pharmacological Management in Children with Functional Constipation. **Pediatric Drugs**, [s. l.], 20 mar. 2023.

DE MELLO, PATRICIA PICCOLI. **USO DE FIBRAS NO TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO INFANTIL: REVISÃO SISTEMÁTICA COM METANÁLISE**. 2016. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM MEDICINA) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2017.

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE GASTROENTEROLOGIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Constipação intestinal. **Guia Prático de Orientação**, [s. l.], 4 abr. 2024.

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Temas da atualidade em Nutrologia Pediátrica**, 2021. 97 p.

HOJSAK, Iva *et al.* Benefits of dietary fibre for children in health and disease. **Arch Dis Child**, [s. l.], 11 mar. 2022.

HYAMS, Jeffrey S *et al.* Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/ Adolescent. **Gastroenterology**, v. 150, p. 1456–1468, 2016.

LEUNG, Alexander KC; HON, Kam Lun. Paediatrics: how to manage functional constipation. **Drugs in Context**, v. 10, 2021.

SALVATORE, Silvia *et al.* Dietary Fibers in Healthy Children and in Pediatric Gastrointestinal Disorders: A Practical Guide. **Nutrients**, [s. l.], 6 maio 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de Pediatria**. 5. ed: Manole, 2022. 4528 p. v. 1.

TABBERS, M.M. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. **JPGN**, [s. l.], v. 58, ed. 2, 2014.

TODHUNTER-BROWN, Alex *et al.* Strategies used for childhood chronic functional constipation: the SUCCESS evidence synthesis. **Health Technology Assessment**, [s. l.], v. 28, ed. 5, 2024.

TOPOROVSKI, Mauro Sérgio *et al.* Effect of Polydextrose/Fructooligosaccharide Mixture on Constipation Symptoms in Children Aged 4 to 8 Years. **Nutrients**, [s. l.], 13 maio 2021.

TRAN, Duc Long; SINTUSEK, Palittiya. Functional constipation in children: What physicians should know. **World Journal of Gastroenterology**, v. 29, ed. 8, p. 1261-1288, 28 fev. 2023.

**MEDICINA BASEADA EM NARRATIVAS: POTENCIALIDADES PARA A CLÍNICA  
AMPLIADA**

Gabriela de Aguiar Watanabe  
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF  
Watanabe.gabriela@gmail.com

Raquel Rangel Cesario  
Doutora em Promoção de Saúde – Uni-FACEF  
raquelrangelcesario@gmail.com

**1 INTRODUÇÃO**

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil privilegiou por mais de uma década investimentos de caráter jurídico-legal com vistas à regulação da gestão e da atenção descentralizada. Todavia, no final da década de 1990 avaliou-se que havia um número significativo de queixas dos usuários referentes a maus tratos no atendimento hospitalar brasileiro (Brasil, 2001, p. 9), fato que evidenciou a necessidade de políticas públicas voltadas para a humanização nos serviços de saúde e culminou, em 2003, na criação da Política Nacional de Humanização (PNH), cujo objetivo é promover uma mudança de cultura no atendimento em saúde no Brasil.

Delineada pelo Humaniza SUS, a PNH visa a promoção de uma assistência mais humanizada e qualificada no SUS, principiando o estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde, a transdisciplinaridade e o uso da comunicação na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (Brasil, 2004).

A PNH contrapõe-se à abordagem tradicional, centrada na doença e nos aspectos biomédicos, e traz em seu cerne cinco diretrizes centrais para orientação das ações que visam a produção de saúde, quais sejam: clínica ampliada e

compartilhada; acolhimento; gestão democrática; ambiência e valorização do trabalho.

Tais diretrizes – orientações ético-políticas – estabelecem os rumos para a construção e experimentação de dispositivos, que são arranjos de processos de trabalho para alterar a dinâmica de organização do trabalho, permitindo a construção de novas realidades institucionais, que possibilitem a emergência de novos e necessários modos de gerir e de cuidar (Brasil, 2010, p. 67).

Assim, estabeleceu a ênfase sobre a redefinição das práticas de saúde e das relações sociais no interior do sistema público e fortaleceu a discussão em torno do resgate da ética no cuidado e da valorização das dimensões relacionais e subjetivas das práticas de saúde (Trad, 2006, p. 185). Desde então, a busca por um cuidado mais humanizado tem se destacado como um objetivo crucial na área da Saúde, embora não sem desafios.

## **2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

A Política Nacional de Humanização (PNH) busca desenvolver estratégias para implementar iniciativas de humanização em todas as áreas da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto através da criação de mecanismos de apoio para promover ações centradas nos usuários, quanto no que diz respeito às condições laborais dos profissionais e aos modelos de gestão do processo de trabalho em saúde.

Além disso, contribui para os processos de educação ao sugerir a inclusão da PNH em diversos contextos de formação na área da saúde, e visa fortalecer a participação dos cidadãos na construção de um SUS mais humanizado através da interação com a cultura e com a sociedade (Brasil; Ministério Da Saúde, 2004, p. 18).

Nesse sentido, a PNH propõe diretrizes gerais para a sua implementação nos diferentes níveis de atenção (Brasil, 2010, p. 19), sendo elas:

- O reforço do conceito de clínica ampliada enquanto compromisso com o sujeito e seu coletivo, o estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- A implementação de um sistema de comunicação e de informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores da saúde;
- A ampliação do diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa e
- A promoção de ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação e a inserção dos trabalhadores na rede SUS.

Apesar das iniciativas, comumente observa-se na prática médica o distanciamento bidirecional na relação médico-paciente, a insensibilidade aos dramas humanos e a dificuldade para tomada de decisão compartilhada (Caprara; Franco, 2006). Tais características expressam o que Schraiber denominou como “crise de confiança” na relação médico-paciente, já que o advento da medicina tecnológica incorporou a imposição da multiplicidade de competências, com inserção em um mundo altamente

atualizado e com excesso de informações, culminando em um problema comunicacional na relação médico-paciente (Schraiber, 1997).

A humanização do cuidado em saúde principia a empatia, a comunicação eficaz e o respeito à singularidade de cada indivíduo. No entanto, temos que a Política Nacional de Humanização enfrenta entraves de diversas ordens e magnitudes (como a resistência por parte dos profissionais, incompreensão, diferenças regionais, falta de capacitação e subfinanciamento) para sua plena efetivação (Brasil, 2010).

### **3 A CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA**

A Clínica Ampliada, diretriz da PNH, consiste de ferramenta teórico-prática, cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença. Considera, portanto, não apenas os aspectos físicos, mas também os sociais, emocionais e subjetivos que influem sobre a condição de trabalho e de saúde.

Orienta-se por eixos, que contemplam: a compreensão ampliada do processo saúde-doença; a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; a ampliação do “objeto de trabalho”; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho e o suporte para profissionais de saúde (Brasil, 2010, p. 14).

Assim, através da ampliação de suas bases conceituais, a Clínica Ampliada permite olhar para além da racionalidade clínica biomédica e o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde, bem como seus respectivos danos.

Deslandes destaca que essa perspectiva vai além do tratamento clínico, enfatizando a valorização da subjetividade e da dignidade dos pacientes, já que ao priorizar a humanização, os profissionais de saúde não apenas oferecem um atendimento mais completo, mas também fortalecem a relação terapêutica, contribuindo para uma experiência de saúde mais positiva e satisfatória para todos os envolvidos (Deslandes, 2006, p. 402).

Ainda, a Clínica Ampliada propõe a relação clínica como uma experiência de troca entre sujeitos. Ou seja, uma clínica que não seja apenas baseada no encontro episódico, mas sim na construção de vínculo e confiança ao longo do tempo, fortalecidos pela longitudinalidade e que possibilite a contração de responsabilidades na relação de cuidado.

Além disso, ampliar a clínica também diz respeito à construção de relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sociofamiliar, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua (Brasil, 2010, p. 66).

Relevante contribuição para a temática, Campos propõe, no contexto do método Paideia<sup>1</sup>, a ampliação dos meios de intervenção em saúde por meio da reformulação do diagnóstico e dos modos de intervenção. Nesse sentido, a ampliação da metodologia para elaboração diagnóstica de cada caso seria resultado da combinação entre a “objetividade clínica” com a “singularidade da história” dos sujeitos, grupos e coletividades.

A objetividade clínica advém do conhecimento acumulado de protocolos e diretrizes construídos com base em evidências, que no caso da clínica tradicional autorizam o profissional a elaborar avaliações de risco e hipóteses diagnósticas. Assim, a inovação estaria em, sem abandonar tais

---

<sup>1</sup> O método Paidéia é um recurso elaborado para ampliar o coeficiente de intencionalidade dos sujeitos viventes num contexto de mudanças contínuas. Busca ampliar a capacidade de as pessoas compreenderem e interferirem de modo deliberado em contextos singulares, como ocorre nos processos de saúde-doença (Campos, 2017, p. 40).

procedimentos e metodologias, combiná-los com a escuta atenta da “história de vida” do usuário, centrada em torno da demanda que o levou ao serviço de saúde (Campos, 2017, p. 66).

Tal processo permite a ampliação do diagnóstico e realiza-se de modo compartilhado com o usuário, havendo uma avaliação de vulnerabilidade, que inclui, além do risco biológico, o risco decorrente de comportamentos subjetivos, culturais e outros originados no contexto socioeconômico (Campos, 2017, p. 67).

O resultado nunca será uma justaposição de metodologias, uma de recorte objetivo, outra voltada para recolher elementos subjetivos e sociais, já que a combinação dessas metodologias altera a racionalidade e o produto de ambas. A convivência dessas metodologias, e sua utilização simultânea, modificam a semiologia tradicional, uma vez que o profissional clínico ou sanitário passarão a valorizar e a registrar sintomas subjetivos, como conflitos, objetos de desejo, resistências e dificuldades do usuário, rede de relações, capacidade de autocuidado e de formação de compromisso com outros; bem como, mediante adaptações e certos recortes, valer-se de técnicas de observação antropológica ou de escuta “dos discursos” (Campos, 2017, p. 67).

A coerência da ampliação do momento de diagnóstico com a teoria da “coprodução singular do sujeito”<sup>2</sup> depende da adoção do compartilhamento da construção de uma narrativa e de sua interpretação entre o trabalhador/especialista e o sujeito/usuário. Nesse sentido, o compartilhamento da avaliação de risco e da vulnerabilidade do indivíduo seria um desdobramento lógico, que resulta do reconhecimento de que o objeto do trabalho em saúde é um sujeito com problema de saúde (Campos, 2017, p. 67).

---

<sup>2</sup> A teoria da “coprodução singular de saúde e de doença” é uma abordagem que busca compreender a saúde e a doença como fenômenos complexos que resultam da interação entre diversos fatores, incluindo não apenas aspectos biológicos, mas também sociais, culturais, econômicos e políticos. Essa teoria reconhece que a saúde e a doença não são produzidas apenas pelos sistemas de saúde ou pelas ações individuais, mas são coproduzidas através de “dialéticas multifatoriais” entre os diferentes fatores de ordem social, subjetivos e orgânicos, como os próprios indivíduos, as comunidades, as instituições de saúde, o ambiente físico e social, entre outros (Campos, 2017, p. 53).

No exercício prático, a Clínica Ampliada utiliza-se de recursos que permitem enriquecimento dos diagnósticos (como outras variáveis, além do enfoque orgânico e laboratorial, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento, quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar a tomada de decisão compartilhada e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

Visa, ainda, que trabalhadores, gestores da saúde e usuários possam produzir cuidado de forma a ajudar as pessoas, e não apenas a combaterem as doenças, mas sim a transformarem-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não as impeçam de viverem outras coisas na vida (Brasil, 2004).

Neste contexto, a proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas ao reconhecer que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (Brasil, 2010, p. 12).

Assim, a clínica ampliada representa uma abordagem que vai além do modelo biomédico convencional, que muitas vezes desconsidera a subjetividade e a singularidade dos pacientes. Ela reconhece que a saúde é influenciada por uma série de fatores, como o contexto social, econômico, cultural e emocional, e busca integrar esses aspectos no processo de cuidado. Além disso, contribui para que a relação entre profissional de saúde e paciente se torne mais colaborativa e empática, fortalecendo os vínculos e promovendo uma assistência mais humanizada e eficiente.

### **3 POTENCIALIDADES DA MEDICINA BASEADA EM NARRATIVAS**

---

A Medicina Baseada em Narrativas (MBN) emerge no século XXI como a prática clínica fortalecida pelas habilidades narrativas de reconhecer, identificar, absorver, interpretar e ser movido pelas histórias de doença e para agir em direção ao outro (Charon, 2001, p. 1897).

Trata-se, portanto, de abordagem inovadora na prática médica, que proporciona uma perspectiva humanizada, centrada no paciente e que reconhece a relevância das histórias de vida dos pacientes como parte fundamental do processo de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Dessa forma, compreende que cada indivíduo possui uma narrativa única, marcada por experiências, valores, crenças e emoções, além de permitir uma compreensão mais profunda e holística de sua condição de saúde.

Ao invés de reduzir o paciente a um conjunto de sintomas e exames laboratoriais, a MBN busca compreendê-lo em sua totalidade, através da escuta atenta e respeitosa de sua história.

Essa abordagem permite identificar não apenas os aspectos orgânicos da doença, mas também suas dimensões psicossociais, culturais e espirituais, contribuindo para um diagnóstico mais preciso e um plano de cuidado mais adequado às necessidades do paciente.

Assim, temos que a MBN desponta como uma ferramenta essencial para a promoção da humanização do cuidado, uma vez que se mostra alinhada com a escuta atenta, ponto importante da Clínica Ampliada e Compartilhada, estratégia delineada pelo HumanizaSUS (De Benedetto; Gallian, 2018, p. 1203).

Dessa apreciação das histórias pessoais sobre o processo de adoecimento, surge uma reflexão sobre como essa ideia de narrativa surge e pode ser integrada à prática clínica,

expandindo seus horizontes para além das fronteiras estabelecidas pela abordagem biomédica tradicional.

No diálogo entre o paciente e o médico, está presente uma interação social entre estes sujeitos que estão buscando criar um enredo; sendo assim, as narrativas estão em constante mudança e sendo continuamente negociadas, dependendo das mudanças de perspectivas e de modificações que ocorrem no processo de adoecimento. Ambos (médicos e pacientes) precisam procurar um modo de entender, explicar e articular a doença a um sentido mais amplo (Favoreto; Jr, 2011, p. 477).

A valorização e o manejo da narrativa pessoal do adoecimento são apresentados como elementos centrais na ampliação e facilitação da semiótica e terapêutica de uma clínica voltada para a integralidade do cuidado em saúde. Identifica-se sua importância na abordagem das situações de adoecimento, como modo de integrar os contextos socioculturais com os significados singulares e com a maneira como as pessoas expressam seus sofrimentos e organizam suas demandas. Deste modo, os aspectos socioculturais e subjetivos que compõem o adoecer passam a compor a clínica e não persistem como elementos externos (Favoreto; Jr, 2011, p. 481).

Favoreto e Jr. esclarecem que ao se compreenderem as enunciações como uma forma de materialização da consciência, infere-se que a narrativa, vista como uma forma de organizar e expor estas enunciações, ao ser constituída, passa a ter materialidade para a pessoa que a produziu. Nesse sentido, a narrativa apresentaria uma forte capacidade de influenciar o próprio ser que a elaborou, ao interagir, dialeticamente, com sua atividade mental.

Assim, a narrativa teria o papel de estruturar e reestruturar a consciência que a pessoa tomou em relação à situação de vida ou às questões nela envolvidas, como a experiência do adoecimento passado ou presente (Favoreto; Jr, 2011, p. 475)

Além disso, as narrativas dos pacientes podem fornecer insights valiosos sobre suas experiências com o sistema de saúde, suas expectativas em relação ao tratamento e suas preocupações mais profundas. Ao integrar essas informações ao processo de tomada de decisão clínica, os profissionais de saúde podem promover uma assistência mais personalizada e eficaz, que respeite a individualidade e a autonomia dos pacientes.

Ainda, médicos absorvem e exibem os resultados inevitáveis de estarem submersos na injustiça e no sofrimento, ao mesmo tempo em que são estimulados à coragem, desenvoltura, fé e amor que observam na prática profissional. No que tange à reflexividade, aqui compreendida como a relação do indivíduo consigo, a MBN contribui ainda para a prática médica como uma preocupação engajada, que requer reflexão disciplinada e constante sobre a própria prática e os acontecimentos ao seu redor (Charon, 2001, p. 1898).

Dessa forma, a abordagem da narrativa é trazida para a clínica como uma ferramenta que pode facilitar a percepção e a interpretação do significado do processo de adoecimento, como um modo de o profissional de saúde incorporar novos enunciados ao seu repertório interpretativo e, assim, ampliar a dimensão dialógica, hermenêutica e integral do saber e da prática clínica.

Ressalta-se que a Clínica Ampliada e a Medicina Baseada em Narrativas não são abordagens isoladas, mas complementares. Enquanto a primeira busca ampliar o olhar do profissional de saúde para além dos aspectos biomédicos, a segunda fornece ferramentas concretas para a aplicação dessa perspectiva mais ampliada, através da escuta atenta e respeitosa das histórias de vida dos pacientes.

A integração dessas abordagens pode contribuir significativamente para a promoção da humanização em saúde ao fortalecer a relação terapêutica entre profissional de saúde e

paciente, ao valorizar a singularidade de cada indivíduo e ao promover um cuidado centrado na pessoa.

Além disso, ao reconhecer a importância das narrativas na prática clínica, podemos ampliar nossa compreensão dos processos de adoecimento e cura, enriquecendo não apenas a experiência do paciente, mas também a formação e o exercício profissional dos cuidadores de saúde.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A humanização em saúde preconiza a valorização do ser humano em sua totalidade, respeitando sua autonomia, dignidade e singularidade. Ela engloba não apenas a qualidade técnica do atendimento, mas também a atenção às necessidades emocionais, o acolhimento, a comunicação eficaz e a promoção do bem-estar integral do paciente. Nesse sentido, a Clínica Ampliada compreende o paciente como sujeito ativo de seu cuidado e visa a uma compreensão mais abrangente de sua realidade.

A Medicina Baseada em Narrativas (MBN) desempenha um papel significativo na promoção da diretriz de clínica ampliada dentro do contexto da Política Nacional De Humanização (PNH). Ao integrar as histórias dos pacientes em sua prática clínica, os profissionais de saúde podem obter uma compreensão mais abrangente das experiências individuais de saúde e doença, permitindo uma abordagem mais personalizada e centrada no paciente. Esta abordagem fortalece o vínculo entre o profissional e o paciente, promovendo uma relação terapêutica mais sólida e empática.

Em um contexto marcado pela complexidade e diversidade das experiências humanas, a Clínica Ampliada e a Medicina Baseada em Narrativas emergem como ferramentas

fundamentais para a promoção da necessária humanização em saúde, proposta pelo Humaniza SUS.

Ao valorizar as histórias de vida dos pacientes, essas abordagens possibilitam uma prática de cuidado que ultrapassa os aspectos puramente biomédicos da doença, promovendo uma compreensão mais profunda e holística da condição de saúde de cada indivíduo, o que possibilita um plano de cuidados mais singular e orientado para os valores do paciente.

Para os pacientes, a Medicina Baseada em Narrativas pode oferecer um espaço para se sentirem ouvidos e compreendidos em sua totalidade, aumentando sua satisfação com o atendimento e melhorando a adesão ao tratamento. Já para os profissionais de saúde, essa abordagem pode contribuir para uma maior realização pessoal e profissional, ao permitir uma prática mais humanizada e significativa, além de promover uma maior resiliência diante dos desafios do ambiente clínico.

Conclui-se que a Medicina Baseada em Narrativas emerge como uma ferramenta essencial para a efetivação da clínica ampliada no contexto da política nacional de humanização, apresentando-se como recurso potencializador do cuidado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 20. ed. Brasília: Editora MS, 2001.

BRASIL. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. p. 1–20, 2004.

BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Editora MS, 2010. v. 1

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Editora MS, 2004.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Clínica ampliada e compartilhada**. 1. ed. Brasília: Editora MS, 2010.

CAMPOS, G. W. DE S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. Em: CAMPOS, G. W. DE S. (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 rev. aum. ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 1–968.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. **Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CHARON, R. Narrative Medicine A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. **JAMA**, v. 286, p. 1897–1902, 17 out. 2001.

DE BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. The narratives of medicine and nursing students: the concealed curriculum and the dehumanization of health care. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 67, p. 1197–1207, 1 out. 2018.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2006.

FAVORETO, C. A. O.; JR, K. R. DE C. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 15, n. 37, p. 473–483, abr. 2011.

SCHRAIBER, L. B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas**. Livre Docência—São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

TRAD, L. A. B. Humanização do Encontro com o Usuário no Contexto da Atenção Básica. Em: **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 1–414.

**OS DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM  
RELAÇÃO A MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE: A  
PROPÓSITO DE UM RELATO DE CASO**

Letícia Lessa Dourado  
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF  
leticiadourado2003@gmail.com

Livia Maria Lopes  
Mestre em Enfermagem – Uni-FACEF  
regina@facef.br

## **1 INTRODUÇÃO**

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune sistêmica com envolvimento multissistêmico. A condição tem vários fenótipos, com apresentações clínicas variadas, desde manifestações mucocutâneas leves até envolvimento de múltiplos órgãos e grave envolvimento do sistema nervoso central. Várias vias imunopatogênicas desempenham um papel no desenvolvimento do LES. Apesar dos recentes avanços na tecnologia e na compreensão da base patológica e dos fatores de risco do LES, a patogênese exata ainda não é bem conhecida. O diagnóstico do LES pode ser desafiador e, embora vários critérios de classificação tenham sido propostos, sua utilidade no ambiente clínico ainda é motivo de debate. O manejo do LES é ditado pelo envolvimento do sistema orgânico. Apesar de vários agentes se mostrarem eficazes no tratamento do LES, a doença ainda apresenta risco significativo de p morbidade e mortalidade nos pacientes. O LES é uma doença multissistêmica de etiologia desconhecida. No entanto, vários fatores genéticos, imunológicos,

endócrinos e ambientais desempenham um papel na etiopatogenia do LES (ROBBINS; 2013)

A segregação familiar e as altas taxas de concordância em gêmeos idênticos sugerem uma forte contribuição genética no LES, embora não haja um padrão de herança óbvio. Taxas concordantes para gêmeos idênticos foram relatadas em até 50%. Mais de 100 loci gênicos com polimorfismos (ou, raramente, números de cópias ou mutações) foram identificados como associados ao LES poligênico (maioria dos casos), e mais de 30 genes que causam formas monogênicas de LES ou fenótipo semelhante ao LES foram identificados. Esses genes estão associados à ativação do sistema imunológico em resposta a antígenos estranhos, à geração de autoantígenos e à ativação dos sistemas imunológicos inatos e adaptativos. Algumas mutações genéticas que são raras, mas consideradas de risco muito alto para o desenvolvimento de LES, incluem deficiências dos componentes precoces do complemento C1q, C1r, C1s (risco maior que 90%), C4 (50%), C2 (20%) e TREX1. Alguns dos outros genes associados incluem HLA-DRB1, HLA-DR2, HLA-DR3, HLA-DRX, TNFAIP3, STAT-4, STAT-1, TLR-7, IRAK1/MECP2, IRF5-TNPO3, ITGAM, etc. a predisposição genética mais comum está localizada no locus de histocompatibilidade principal (MHC). O MHC contém genes para moléculas apresentadoras de antígenos (antígenos leucocitários humanos de classe I [HLA-A, -B e -C] e moléculas HLA de classe II [HLA-DR, -DQ e -DP]) (LOPES; 2016).

Além disso, as mulheres correm dez vezes mais risco de desenvolver LES do que os homens, e o risco de LES é 14 vezes maior na síndrome de Klinefelter (47, XXY). Isto sugere uma associação com genes no cromossomo X. No entanto, apesar de vários estudos, os genes exatos não foram identificados. O sexo feminino e a influência hormonal são fatores de risco

significativos para o LES. O estrogênio estimula células T CD8+ e CD4+, células B, macrófagos, timócitos, a liberação de algumas citocinas específicas (por exemplo, IL-1) e a expressão de HLA e moléculas de adesão de células endoteliais (VCAM, ICAM). Além disso, os estrogênios e a prolactina promovem a autoimunidade, aumentam a produção do fator de ativação das células B e modulam a ativação dos linfócitos e das células dendríticas plasmocitoides (pDC). O uso de contraceptivos contendo estrogênio e a terapia de reposição hormonal na pós-menopausa podem causar crises em pacientes com LES e têm sido associados a uma maior incidência de LES. Além disso, são observados níveis elevados de prolactina em pacientes com LES. Os andrógenos, por outro lado, são imunossupressores (ROBBINS; 2013).

Vários desencadeadores ambientais do LES foram identificados. Vários medicamentos têm sido implicados em causar um fenômeno semelhante ao lúpus, causando desmetilação do DNA e alteração de autoantígenos. Embora a procainamida e a hidralazina tenham a maior incidência de causar lúpus induzido por medicamentos, mais de 100 medicamentos foram associados ao lúpus induzido por medicamentos. Além disso, vários medicamentos, como os medicamentos à base de sulfa, são bem conhecidos por causar crises em pacientes com LES. Os raios ultravioleta e a exposição solar levam ao aumento da apoptose celular e são desencadeadores bem conhecidos do LES. Várias infecções virais foram implicadas e acredita-se que o mecanismo subjacente seja o mimetismo molecular. Os anticorpos contra o vírus Epstein-Barr (EBV) são mais prevalentes em crianças e adultos com LES em comparação com a população em geral. Pensa-se também que fumar é um risco, com uma dose-resposta. Outros fatores de risco potenciais incluem exposição à sílica, outras infecções virais, deficiência de vitamina D, brotos de alfafa e alimentos contendo canavanina.

A patogênese do LES é complexa e a compreensão da patogênese do LES está em constante evolução. Uma quebra na tolerância em indivíduos geneticamente suscetíveis à exposição a fatores ambientais leva à ativação da autoimunidade. Danos celulares causados por doenças infecciosas e outros fatores ambientais expõem o sistema imunitário a auto-antígenos, levando à ativação de células T e B, que se tornam auto-sustentadas por uma resposta imunitária crônica auto-dirigida. A liberação de citocinas, a ativação do complemento e a produção de autoanticorpos levam a danos aos órgãos (LOPES; 2016).

Os sistemas imunológicos inato e adaptativo desempenham um papel na patogênese do LES. A ativação do sistema imunológico inato é dependente ou independente do receptor Toll-like (TLR). Os TLRs ligados à membrana celular (TLR 2, 4, 6) são ativados na exposição ao DNA e RNA extracelular de células mortas, o que leva à ativação a jusante da família reguladora de interferon (IRF-3), NF-κB e MAP -quinases, que servem como fatores de transcrição para a produção de mediadores pró-inflamatórios como o IFN-β. Os TLRs endossomais (TLR 7, 9) são ativados por RNA de fita simples e DNA desmetilado, levando à produção de interferon-alfa e autoanticorpos de ligação ao RNA, como anticorpos contra Ro La, Sm e RNP. A via independente de TLR é ativada por sensores intracitoplasmáticos de RNA (RIG-1, MDA-5) e sensores de DNA (IFI16, DAI) e leva à ativação de IRF3 e NF-κB. Tanto o DNA/RNA próprio quanto o DNA/RNA estranho, como o de vírus, podem levar a essa ativação. A NETose ganhou recentemente atenção na patogênese do LES. Na ativação por vários fatores, como citocinas, plaquetas ativadas e células endoteliais vasculares, os neutrófilos liberam sistematicamente seus agregados nucleares no ambiente extracelular. Esses agregados nucleares podem então promover a produção de interferon-alfa pelas células dendríticas, mediar a trombose e os

danos vasculares e servir como autoantígenos para os linfócitos T (GOLDMAN; 2014).

Os linfócitos T e os linfócitos B desempenham um papel significativo na patogênese do LES. Antígenos derivados de células apoptóticas e danificadas são apresentados às células T pelas células apresentadoras de antígenos. As células T no LES apresentam uma expressão genética distorcida, levando à produção de várias citocinas. Essas células T produzem menos IL-2, o que leva à alteração da produção regulatória de células T. O aumento de IL-6, IL-10, IL-12 e IL-23 aumenta a produção de células mononucleares, enquanto o aumento de IL-17 e IL-21 leva ao aumento da produção de células T. O aumento do Interferon- $\gamma$  leva à produção defeituosa de células T. As células T levam à ativação de células B autorreativas pela produção de CD40L e citocinas, levando à produção de autoanticorpos, uma marca registrada do LES. Os receptores do tipo Toll na interação com DNA e RNA levam à ativação dessas células B, e os complexos intranucleares contendo ácidos nucleicos e proteínas são os antígenos mais proeminentes que levam à ativação de células B. Esses autoanticorpos são patogênicos e causam danos a órgãos por deposição de complexos imunes, complemento e ativação de neutrófilos, alterando a função celular, levando à apoptose e à produção de citocinas (GOLDMAN; 2014).

Além disso, as células B autorreativas no LES, estimuladas por autoantígenos, não são facilmente eliminadas devido a uma deficiência do processo envolvido na neutralização funcional das células B autorreativas. As células B também podem servir como células apresentadoras de antígenos e ativar as células T apresentando antígenos solúveis internalizados às células T. Isso cria um ciclo onde as células B e T se ativam, levando a mais autoimunidade. A patologia tecidual no LES pode demonstrar uma

variedade de mecanismos imunológicos aberrantes, incluindo formação de complexos imunes, formação de autoanticorpos e lesão tecidual mediada imunologicamente (LOPES, 2016).

A anemia está presente em mais de 50% dos pacientes com LES e mais comumente é anemia de doença crônica. Outras causas de anemia no LES podem incluir anemia por deficiência de ferro, anemia hemolítica autoimune positiva de Coomb, aplasia de glóbulos vermelhos e anemia hemolítica microangiopática, que pode estar associada à síndrome do anticorpo antifosfolípide. A leucopenia secundária à neutropenia ou linfopenia também é muito frequente e grave. A trombocitopenia pode ser leve ou grave e pode estar associada à síndrome do anticorpo antifosfolípide e autoanticorpos contra plaquetas, glicoproteína IIb/IIIa ou receptor de trombopoietina. A pancitopenia não é incomum e pode ocasionalmente estar associada à mielofibrose. Linfadenopatia mole e não sensível é comum no LES, embora tenham sido relatados casos raros de linfadenite necrosante histiocítica (doença de Kikuchi-Fujimoto). A esplenomegalia é comum no LES, enquanto atrofia esplênica e asplenismo foram relatados. Anormalidades hematológicas se desenvolvem no momento do diagnóstico e ao longo do curso da doença. O conhecimento e a conscientização dos pacientes com comprometimento hematológico são essenciais para o diagnóstico e manejo adequados (OSORIO-TORO; 2023).

A anemia hemolítica autoimune (AIHA) é um critério de classificação para LES. Pensa-se que o mecanismo seja causado pela destruição dos glóbulos vermelhos através de anticorpos quentes ou frios. Pacientes com AIHA podem apresentar sintomas de anemia ou hemólise ou sintomas de um distúrbio subjacente. A hemólise grave pode causar hepatoesplenomegalia, hemoglobinúria e sinais de insuficiência cardíaca. O manejo de

pacientes com AIHA pode ser desafiador porque a terapia específica deve ser individualizada de acordo com as manifestações da doença e sua gravidade (OSORIO-TORO; 2023)

## **2 APRESENTAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO**

A pesquisa consiste em avaliação extensa clínica e laboratorial de uma paciente em processo de diagnóstico patológico, em acompanhamento no ambulatório de reumatologia no município de Franca/SP. Sintetiza-se como objetivo geral analisar a evolução clínica de uma paciente jovem mulher, em processo de diagnóstico de patologia, tendenciando a Lúpus Eritematosos sistêmico e compará-la a diagnósticos diferenciais, pela presença de alterações hematológicas, com ênfase a anemia hemolítica autoimune, e o consumo de ambas as proteínas do complemento.

Contextualizando a patologia mencionada e explicada na metodologia em formato de relato de caso, de caráter descritivo narrativo e reflexivo, o caso ainda se apresenta obscuro ao diagnóstico. Paciente KSRC, de 46 anos, deu entrada em um dos hospitais do município de Franca/SP no dia 28 de fevereiro de 2023. Nas primeiras consultas, realizadas até o mês de outubro, a mesma apresentava edema poliarticular (punho, metacarpo, cotovelo, joelhos e pé), linfadenomegalia cervical bilateral, occipital, submandibular, cervical e supraclavicular, disfagia, perda de 2Kg, e hepatoesplenomegalia importante, direcionando os profissionais da saúde a questionar linfoma, esperando o resultado de biópsia do linfonodo anormal.

Somado a isso, posteriormente ao resultado do linfonodo à biópsia ser normal, em seus exames complementares, apresentava anemia (Hb: 10 g/dl), bilirrubina indireta acima do limite superior, DHL acima do limite superior, Coombs direto positivo 4+ -

concluindo suspeita de anemia hemolítica - e C3 e C4 em queda. Porém, o exame de anti-DNA demonstrava como não reagente, fato que dificultou a conclusão diagnóstica para LES.

Nesse caso, as hipóteses levantadas ainda permanecem com o Lúpus Eritematoso Sistêmico como a principal suspeita diagnóstica, visto que, é uma doença multifatorial e de distintas cronologias e dano orgânico no paciente. É importante o acompanhamento longitudinal do caso para rastreamento clínico e evolução de dados, mas é importante salientar que, inicialmente, como o anticorpo antinuclear está negativo, o diagnóstico suspeito de LES não pode ser iniciado, já que o ANA positivo é o critério de entrada.

## 2.1 Critérios Diagnósticos

Os critérios de classificação do LES do American College of Rheumatology (ACR) revisados em 1982, e sua revisão de 1997 têm sido usados em todo o mundo. Desde então, a compreensão da doença pela comunidade científica avançou. Foram descritas manifestações cutâneas específicas adicionais, alguns sintomas clínicos foram melhor compreendidos e testes imunológicos, como níveis diminuídos dos componentes séricos do complemento C3 e C4, ou testes para anticorpos anti $\beta$ GP1, entraram na prática clínica de rotina. Uma melhor compreensão do envolvimento de sistemas orgânicos, tais como anomalias mucocutâneas, levantou questões sobre critérios anteriormente contados como independentes, mas que eram de fato manifestações do mesmo fenômeno.

Foram acrescentadas manifestações mucocutâneas e neuropsiquiátricas, hipocomplementenemia e novos exames de

anticorpos antifosfolipídeos. Os critérios de Systemic Lupus international Collaborating Clinics (SLICC) de 2012 enfatizam que o LES é principalmente uma doença de anticorpos, exigindo a presença de pelo menos um critério imunológico.

Os critérios de classificação do LES existentes apresentam melhor desempenho em pacientes com doença de longa duração do que em pacientes com LES de início recente, e há reconhecimento e demanda crescentes de que indivíduos com LES precoce sejam incluídos em estudos e ensaios clínicos. Paralelamente à melhoria da compreensão do LES, o campo do desenvolvimento de critérios de classificação também registrou avanços para minimizar o viés do investigador, recomenda-se agora que as coortes nas quais os critérios são testados sejam de centros independentes. Outras recomendações metodológicas incluem um uso equilibrado de métodos baseados em especialistas e baseados em dados, e a inclusão da perspectiva do paciente. A abordagem escolhida para este critérios de classificação do LES da Liga Europeia Contra o Reumatismo (EULAR)/ACR de 2019 foi especificamente concebida para manter este equilíbrio e manter uma metodologia rigorosa (FANOURIAKIS; 2021).

Os novos critérios fornecem um método simples, direcionado e altamente preciso para classificar o LES. Está em preparação um “aplicativo” eletrônico que auxiliará na utilização desses critérios. No entanto, é importante ressaltar que os critérios de classificação não são elaborados para decisões de diagnóstico ou tratamento. Eles nunca devem ser usados para excluir pacientes que não atendem totalmente a esses critérios de receber terapias apropriadas. Isto também é pertinente para pacientes com LES negativo para ANA. O diagnóstico do LES continua a ser da competência de um médico devidamente treinado que avalia um

paciente individual. O novo sistema de classificação do LES também oferece novas oportunidades de pesquisa. Com muito interesse no LES precoce ou latente, o sistema de pontos aditivos e a probabilidade relativa de classificação que ele produz permitem o estudo sistemático de indivíduos que ficam abaixo do limite de classificação. Esse facilitará estudos de evolução da doença e intervenção precoce. Além disso, a utilização de um sistema de pontuação aditiva permitirá estudar a ideia de “sinistro”, isto é, as potenciais implicações de ter pontuações muito elevadas na gravidade da doença e no subsequente prognóstico (ARINGER; 2019).

Em resumo, essa abordagem metodológica multifásica e o sistema de classificação subsequente usando ANA como critério de entrada e critérios ponderados e hierarquicamente agrupados constituem uma mudança de paradigma na classificação do LES. Esses critérios possuem excelentes características de desempenho e validade aparente, uma vez que a estrutura e a ponderação foram projetadas para refletir o pensamento atual sobre o LES. A inclusão da febre auxilia na classificação do LES precoce. A separação dos achados da biópsia renal reflete seu impacto diferencial na probabilidade de classificação do LES. Esses critérios possuem fortes características operacionais, com excelente sensibilidade e especificidade. Este sistema de classificação foi construído usando metodologia rigorosa, baseada em dados e em especialistas

## 2.2 A Anemia Hemolítica

O diagnóstico das anemias imuno-hemolíticas depende da detecção de anticorpos e/ou complemento nos eritrócitos. O diagnóstico pode ser realizado através do teste direto da

antiglobulina de Coombs, no qual os eritrócitos do paciente são incubados com anticorpos contra imunoglobulina humana ou complemento. Em casos de resultado positivo, esses anticorpos causam o acúmulo dos eritrócitos (aglutinam). O teste indireto de Coombs, que avalia a capacidade do soro do paciente de aglutinar eritrócitos-teste apresentando determinantes de superfície específicos, pode então ser utilizado para caracterizar o alvo do anticorpo (ROBBINS; 2013)

As anemias imuno-hemolíticas por anticorpos a frio geralmente são causadas por anticorpos IgM de baixa afinidade que se ligam às membranas dos eritrócitos somente a temperaturas abaixo de 30°C, como se observa nas regiões distais do corpo imersas em água fria. Apesar de IgM ligadas fixarem bem o complemento, as últimas etapas da cascata de fixação do complemento ocorrem de modo ineficaz a temperaturas inferiores a 37°C. Como resultado, a maioria das células ligadas à IgM recruta algumas moléculas C3b, porém não são lisadas no ambiente intravascular. Quando essas células circulam em direção a áreas mais quentes, a fraca ligação do anticorpo IgM à membrana é rompida, mas o revestimento de C3b permanece. Como a C3b é uma opsonina, as células são fagocitadas por macrófagos, principalmente no baço e no fígado; por isso, a hemólise é extravascular. A ligação da IgM pentavalente também resulta na ligação cruzada de eritrócitos e causa acúmulo dos mesmos. A estase de sangue nos capilares devida à aglutinação geralmente resulta no surgimento do fenômeno de Raynaud nas extremidades de indivíduos afetados. Em alguns casos, as crioaglutininas também são detectadas de modo transiente durante a recuperação de pneumonias causadas por *Mycoplasma* sp. e mononucleose infecciosa, produzindo anemia leve de baixa importância clínica. Formas crônicas mais importantes de anemia hemolítica por aglutinina a frio ocorrem em associação a certas

neoplasias de células B ou como condição idiopática (ROBBINS; 2013).

As anemias imuno-hemolíticas por anticorpos a quente são causadas pela imunoglobulina G (IgG) ou, raramente, por anticorpos IgA que são ativos a 37°C. Mais de 60% dos casos são idiopáticos (primários), enquanto outros 25% são secundários a uma doença subjacente que afeta o sistema imune (ex., lúpus eritematoso sistêmico) ou são induzidos por drogas. A hemólise usualmente resulta da opsonização dos eritrócitos por autoanticorpos, que leva à eritrofagocitose no baço e em outros locais. Além disso, observa-se a remoção parcial dos eritrócitos revestidos por anticorpos através da perda da membrana causada pela ação dos macrófagos do sistema reticuloendotelial. Devido à perda da membrana, os eritrócitos se transformam em esferócitos, que são rapidamente destruídos no baço, como previamente descrito na esferocitose hereditária. A gravidade clínica das anemias imuno-hemolíticas é bem variável. A maioria dos pacientes apresenta anemia crônica leve com moderada esplenomegalia e não necessita de tratamento médico (ROBBINS, 2013).

Dentro da última, a anemia hemolítica autoimune (AIHA) é uma hemólise adquirida descompensada causada pela ação do sistema imunológico do hospedeiro contra seus próprios antígenos eritrocitários. A ativação consequente do complemento pode impactar o quadro clínico e é um alvo emergente para abordagens terapêuticas.

Existe um espectro diversificado de envolvimento hematológico no LES. Anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia e trombocitopenia imunomediada são frequentemente observadas em pacientes com LES. O 14-AIHA é um critério diagnóstico clínico para LES. O diagnóstico é confirmado com teste direto de

antiglobulina positivo, ou teste de Coombs, e evidência laboratorial de hemólise, incluindo anemia, lactato desidrogenase elevado, bilirrubina indireta e contagem de reticulócitos. A anemia hemolítica pode ocorrer anos antes ou depois do diagnóstico de LES e raramente há uma apresentação inicial de LES. Ocorre como parte da exacerbação do LES com ou sem leucopenia e trombocitopenia. Acredita-se que o mecanismo seja mediado por auto-anticorpos contra glóbulos vermelhos. Os eritrócitos revestidos com anticorpos imunoglobulina G sofrem alterações na membrana à medida que passam pelo baço, e os esferócitos resultantes são removidos por fagocitose. O teste de Coombs ou teste direto de antiglobulina é usado para rastrear anticorpos eritrocitários, e resultados positivos são comuns em pacientes com LES (YAN;2022).

Clinicamente, a AIHA pode variar desde hemólise leve com reticulocitose compensatória até hemólise rápida e com risco de vida, resultando em comprometimento hemodinâmico. Pacientes com hemólise ativa apresentam risco aumentado de eventos trombóticos. Pacientes com LES com AIHA geralmente estão associados a lúpus grave, afetando órgãos importantes e causando danos a órgãos-alvo.<sup>18</sup> É uma condição com características distintas, caracterizada por maior prevalência e gravidade em crianças e sintomas constitucionais concomitantes, incluindo febre mais alta e maior perda de peso. e hepatoesplenomegalia do que em adultos. A AIHA pode ser a primeira manifestação do LES e pode aparecer vários anos antes de um diagnóstico de LES ser feito, o que pode estar acontecendo com o paciente em estudo (YAN;2022).

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

O Lúpus Eritematoso Sistêmico, especialmente associado a manifestação clínica de anemia hemolítica autoimune, possui informações estritas quanto ao número de referências bibliográficas evidentes, especialmente em contexto brasileiro. A apresentação clínica inespecífica e distinta para cada paciente e a heterogeneidade da fisiopatologia expandindo possibilidades de diagnósticos diferenciais interferem no manejo médico e prognóstico do paciente, dificultando o seguimento do paciente na rede de saúde e seu próprio bem estar. Diante disso, é essencial considerar obstáculos de conclusão diagnóstica visto que a patologia por si acomete sistemicamente o organismo do indivíduo, bem como a rede de apoio circunjacente.

Assim, é de grande influência confirmar os novos critérios diagnósticos a fim de analisar evolução clínica de uma paciente mulher jovem em processo de diagnóstico de patologia, tendenciando a Lúpus eritematoso sistêmico e compará-la a diagnósticos diferenciais, pela presença de anemia hemolítica autoimune e consumo de complemento. Essencialmente, o caso se mostra difícil e com obstáculos significativos para confirmação clínica, fundamentalmente o critério de entrada (ANA positivo).

Concluindo, as hipóteses diagnósticas ainda permanecem o Lúpus Eritematoso Sistêmico, adicionando outros procedimentos investigativos para exclusão diagnóstica, como repetição da amostra por imunofluorescência ELISA do ANA, dosagem de proteínas do complemento, hemograma, bilirrubinas, DHL, sorologias de Epstein-Barr, HIV e sífilis - essenciais para diagnóstico diferencial de anemia hemolítica. E assim, no fim, construir boa história clínica da paciente e auxiliar em manejo clínico de acordo com patologia e suas comorbidades subjacentes diagnosticadas.

## REFERÊNCIAS

- Cecil medicina - editado por Lee Goldman, Andrew I. Schafer; tradução Angela Freitas, Cyro Festa Neto, Fábio Fernandes Morato Castro. - 24. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
- 2) Domiciano, D.S., Shinjo, S.K. Autoimmune hemolytic anemia in systemic lupus erythematosus: association with thrombocytopenia. Clin Rheumatol 29, 1427–1431 (2010).  
<https://doi.org/10.1007/s10067-010-1479-2>
- 3) Lopes, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica, volume 1 / Antonio Carlos Lopes. 3. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016. il
- 4) Aringer M, Costenbader K, Daikh D, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis Rheumatol. 2019;71(9):1400-1412. doi:10.1002/art.40930
- 5) Lu Y, Huang XM. Autoimmune hemolytic anemia as an initial presentation in children with systemic lupus erythematosus: two case reports. J Int Med Res. 2022;50(8):3000605221115390. doi:10.1177/03000605221115390
- 6) Hill A, Hill QA. Autoimmune hemolytic anemia. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2018;2018(1):382-389. doi:10.1182/asheducation-2018.1.382
- 7) Robbins, patologia básica / Vinay Kumar... [et al] ; [tradução de Claudia Coana... et al.]. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2013. 928 p. : il. ; 28 cm
- 8) Fanouriakis A, et al. Update on the diagnosis and management of systemic lupus erythematosus Ann Rheum Dis 2021;80:14–25. doi:10.1136/annrheumdis-2020-218272
- 9) Adamichou C, et al. Ann Rheum Dis 2021.;Lupus or not? SLE Risk Probability Index (SLERPI): a simple, clinician-friendly machine learning-based model to assist the diagnosis of systemic lupus erythematosus B80:758–766. doi:10.1136/annrheumdis-2020-219069

## **OS RISCOS DA AUTOMEDICAÇÃO: um relato de experiência**

Fernanda Carvalho Santos  
Graduanda de Enfermagem UNI-FACEF  
fernandacarvalho.santos@outlook.com

Jhennifer Castro Duarte  
Graduanda de Enfermagem UNI-FACEF  
jhennifercduarte@gmail.com

Julia Fátima Cintra  
Graduanda de Enfermagem UNI-FACEF  
juliafatimacintra4@gmail.com

Patrícia Reis Alves dos Santos  
Doutora em Ciências e Docente do  
Departamento de Enfermagem– Uni-FACEF  
patreisenf@gmail.com

Lívia Maria Lopes Gazaffi  
Doutora em Ciências e Docente  
do Departamento de Enfermagem -Uni-FACEF  
liviamalopes@gmail.com

### **1 INTRODUÇÃO**

Os fármacos possuem um importante papel nos sistemas sanitários, pois salvam vidas e melhoram a saúde. (MARIN et al, 2003).

Todo medicamento possui riscos, e é necessário analisar todos os riscos e benefícios que ele traz à saúde do paciente. Os benefícios devem superar os riscos associados ao uso do produto. (BRASIL,2021).

O consumo de fármacos apresentou um aumento gradativo após o desenvolvimento da ciência e o aumento da produção e circulação de mercadorias, com isso a intoxicação por meio da automedicação se torna mais comum

em todo o mundo e constitui um grave problema de saúde pública. (DUARTE, FERNANDA GROSS et al., 2022).

Entende-se como automedicação, o ato de tomar medicamentos sem a prescrição médica e é realizada de inúmeras formas, pode ser através do consumo de remédio caseiro ou através do fornecimento de medicações com familiares e amigos que normalmente também não possuem receita médica. (FILHO et al., 2002).

Automedicar-se pode ser visto como um elemento de autocuidado. Porém, o uso irracional de medicamentos pode ter consequências e efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas, mascaramento de doenças evolutivas e protelar o diagnóstico correto, além da ampliação de custos para o paciente e para o sistema de saúde. (MARGONATO, THOMSON, et al, 2008). Aproximadamente, um terço das internações ocorridas no país são devido a automedicação (AQUINO, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 29% dos óbitos ocorridos no Brasil, são provocados por intoxicação medicamentosa. Além disso, de 15 a 20 % do orçamento dos serviços de saúde são para tratar intercorrências causadas pelo uso indevido de medicamentos.

Um estudo sobre farmácia caseira, evidenciou, que 97% das residências acompanhadas no estudo, possuíam pelo menos um medicamento estocado, e o número de medicamentos estocados variou de 1 a 89 itens (uma média de 20 itens). Cerca de 55% dos fármacos não possuíam prescrição médica. Do total, 25% desses medicamentos estavam com a data de validade vencida, e 24% desses continuavam sendo utilizados. (FERNANDES, 2000).

Foi criado pelo Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas (SINITOX)

que possui como principal função, coordenar a coleta, compilação, análise e a divulgação dos casos de intoxicação e envenenamento notificados no país. Os registros são realizados pela Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (Renaciat).

Em boletim publicado em 2017, o SINITOX divulgou os seguintes dados: as intoxicações por medicamentos lideraram o topo da lista com 20.637 casos, que representam 27.11% dos casos de intoxicações, em uma lista que além de medicamentos também é composta por outros agentes, como, agrotóxicos, cosméticos, raticidas dentre outros.

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia, foram realizadas coletas de dados nos últimos seis meses, de medicamentos mais utilizados na população, os resultados que obtiveram foram: antibióticos (42%), analgésicos e antitérmicos (50%). Os antibióticos utilizados cerca de 69% possuíam prescrição médica (CFF,2019).

Segundo as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, é necessário dar ênfase aos usuários acerca dos riscos advindo da automedicação, bem como a interrupção e troca de medicamentos. (BRASIL,2001).

Diante destes achados faz-se necessário abordar o uso da automedicação na população idosa uma vez que tal temática é de suma importância para viabilizar políticas públicas de saúde que previna os riscos e promova a saúde da população.

## **2 OBJETIVO**

Relatar a experiência de uma atividade de educação em saúde com o tema da automedicação, realizada em um Centro de Convivência de Idosos (CCI), do município de Franca.

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência, de um projeto realizado no segundo semestre de 2023, em um Centro de Convivência de Idosos, da cidade de Franca- SP, através da proposta da Disciplina de Projeto Integrador, do curso de Bacharelado de Enfermagem do Centro Municipal de Franca (UNI-FACEF), por graduandas de Enfermagem do 4º semestre.

Para a realização do projeto, foi necessário seguir etapas como: decidir o tema, cenário, pessoas envolvidas, quais estratégias seriam utilizadas.

O projeto de intervenção vem como proposta sensibilizar por meio da educação em saúde temas de relevância para a saúde da população. A temática e local de aplicação da intervenção foram escolhidos pelos estudantes, que fizeram contato com coordenadores de serviços de saúde e da assistência social prestados à comunidade e que tenham interesse em colaborar com as propostas, neste projeto o cenário foi um Centro de Convivência do Idoso com a temática “riscos da automedicação”.

Após a elaboração da proposta de intervenção e anterior a aplicação o projeto de intervenção foi apresentado às docentes responsáveis pela disciplina, bem como aos demais estudantes da turma com o objetivo de qualificar a proposta desenvolvida.

### **4 RELATO DE EXPERIÊNCIA**

O projeto de intervenção teve início com a divisão de uma turma de graduação em Enfermagem em grupos de trabalho. Neste

relato descreveremos o desenvolvimento do projeto de intervenção realizado no Centro de Convivência de Idosos (CCI).

Na ocasião, com orientação das docentes da disciplina, o grupo entrou em contato com a coordenação do Centro de Convivência de Idosos para entender o funcionamento do serviço, a distribuição das áreas atendidas pelo CCI, as demandas da população local e o planejamento das intervenções. Também foram apresentados a capacidade e a abrangência do CCI e os aspectos sociais do território.

Os estudantes foram levados a campo para aplicar o projeto de intervenção, que ilustra a dinâmica social da área em questão.

Foram elaboradas questões norteadoras, tais como: Qual o efeito da automedicação no organismo? Quais riscos o medicamento traz à automedicação ao longo prazo?. A importância da questão norteadora no estudo se destaca pelas diversas percepções vivenciadas, abrindo um canal de comunicação entre a comunidade e os profissionais do serviço de saúde.

Durante a visita, no primeiro momento, fomos acolhidos pela equipe da coordenação que nos explicou o funcionamento do local, o público alvo no momento estava em uma aula de zumba oferecida pelo CCI. Assim, aguardamos entre 10/15min pela atividade desenvolvida que, nesse período tais observações foram registradas pelos alunos de graduação como, estrutura física, distribuição de serviços, colaboradores locais.

No segundo momento, fomos direcionados para o salão da aplicação do projeto, nesse momento os materiais foram organizados, peças anatômicas, organização das cadeiras para iniciar a roda de conversa com os participantes. Os participantes no começo estavam bem eufóricos, curiosos, com o tema que iria ser abordado.

Os temas abordados foram: O que é automedicação? Quais os efeitos no organismo? Como é feito os descartes de medicamentos que já finalizaram ou que estavam com a data expirada? Qual o trajeto do medicamento no organismo? Já indicaram medicamentos a familiares ou vizinhos? . Temas selecionados de acordo com estudos da literatura e observação de hábitos da comunidade.

O terceiro momento foi iniciado com a divisão do salão em três respostas, sendo, sim, já utilizei, não, nunca fiz o uso, Já indiquei a familiares e vizinhos. As perguntas foram: Você já tomou remédios para dores sem receita médica? Você já diminuiu a dose do medicamento por conta própria? Logo após, iniciou a roda de conversa, abordando os temas estudados. Trazendo também, experiências vivenciadas no cotidiano e correlacionando com a educação em saúde que, além de explicar os malefícios da automedicação, foi feita toda orientação sobre a medicação: o que se deve fazer quando sentir algo; como é feito o descarte correto; quando se deve iniciar um antibiótico; sobrecarga do medicamento no organismo.

Percebeu-se que a maioria das respostas emergiu da própria comunidade, indicando falta de conhecimento sobre os problemas de saúde que foram objeto do projeto. O conhecimento adequado tem por intuito promover a conscientização sobre a automedicação e quais os riscos aos indivíduos que fazem uso de medicação sem a orientação.

Na percepção dos alunos de graduação em Enfermagem, houve significativo aprendizado sobre o modo como se conhece uma comunidade para provê-la de atenção à saúde, pequenas ações, seja por parte dos próprios ou pelos profissionais da saúde, apresentaram um efeito benéfico nos problemas de saúde enfrentados pela população.

A atividade foi bem avaliada pelos alunos, que compreenderam a necessidade de estabelecer bom relacionamento entre a comunidade e os profissionais de saúde, que se inicia através de um processo de territorialização bem executado. Esse relacionamento gera confiança mútua e possibilita que a atenção à saúde seja coerente com a realidade local.

#### **4.1 Desafios encontrados**

Durante a elaboração do projeto, houve a dificuldade de encontrar em qual faixa etária as pessoas fazem a automedicação, procurar quais as classes de medicamentos possuem a maior incidência de automedicação.

Na aplicação do projeto, o desafio encontrado foi o de não conseguir prender a atenção de todos os participantes, ampliando a visão da importância das estratégias utilizadas nestas atividades, além do questionamento pelo coordenador sobre a peça anatômica pois, apresentava em duo sexo (com mama e uma prótese masculina), explicamos é uma peça de estudo, pode ser duo sexo a mama é caracterizada pelas glândulas mamárias que pode ocorre o câncer de mama e que também, durante a apresentação não foi abordado a questão da sexualidade e sim a farmacodinâmica do medicamento no organismo e localização de órgãos como: rins, pâncreas, estômago, esôfago.

#### **4.2 Pontos positivos**

Como fortalezas podemos destacar a receptividade da coordenação do Centro de Convivência de Idosos (CCI) e o interesse do projeto para a comunidade presente, podendo contribuir para o aprendizado de todos os indivíduos envolvidos.

A experiência proporcionou aos alunos um contato inicial contextualizado com a rotina do CCI, consolidando os conhecimentos teóricos analisados e discutidos em sala de aula. O contato com a realidade sobre a automedicação indica aos alunos seu papel na permanente construção da atenção à saúde junto à sociedade, os futuros profissionais se conscientizam por meio de casos práticos que seu papel não se restringirá à observação de problemas, eles serão agentes envolvidos no desenvolvimento da comunidade atendida.

O projeto de intervenção entendeu o quanto a população ainda faz a automedicação sem a orientação de um profissional de saúde, medicamentos considerados “nocivos” pelos próprios, são mais utilizados, sendo: diclofenaco, nimesulida, paracetamol.

Os alunos participantes concluíram que, o projeto desenvolvido necessita de uma maior consciência do trabalho em equipe, contribuição mútua para o consentimento de toda a população e o profissional de saúde em realizar a educação em saúde.

## **5. DISCUSSÃO**

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS é considerada uma importante estratégia do SUS e visa contribuir para a organização dos serviços de saúde, com a qualificação e a transformação das práticas em saúde, por meio da formação e do desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores da saúde, buscando articular a integração entre ensino e serviço, com vistas ao fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. (Ministério da Saúde, 2004). Em um país de grande diversidade cultural, como o Brasil, é crucial identificar a visão social local acerca do processo saúde-doença, antes que o indivíduo vá a uma unidade básica de saúde em busca de

tratamento a enfermidade, a promoção de saúde deve-se estender a toda população.

Nesse contexto, a territorialização – elo entre o profissional da saúde e a comunidade – traz a compreensão de que é a automedicação e quais os riscos os indivíduos que são acometidos ao vivenciar essa prática.

Ao desenvolver projetos em ambientes diversificados, traz uma experiência rica em aprendizado que vivencia o estudo aplicado na prática e quando se tem o contato com a população desde a graduação, concretiza a eficácia da educação de saúde com a comunidade.

O contato com a comunidade e com profissionais de outras áreas, como o CCI, possibilita que o aluno de graduação desenvolva sua visão para além das teorias analisadas e discutidas em sala de aula. A vivência de uma realidade muito distinta da academia, isto é, a territorialização, ilustra as expectativas da comunidade em relação aos futuros profissionais de Enfermagem. Uma formação mais atenta à prática, à técnica e aos problemas reais da população reforça a importância da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em virtude do que foi mencionado no começo desta pesquisa que a principal proposta do projeto era conscientizar sobre os riscos de automedicação, temos que enfatizar ainda mais essa conscientização, pois foi relatado que muitas pessoas ainda que saibam os riscos que correm por fazer a automedicação não renunciam à mesma. A automedicação é bastante comum, mas não se pode deixar que ela se torne algo 'normal' no dia a dia.

Para formação acadêmica das graduandas de enfermagem entender o que o paciente tem de conhecimento sobre os medicamentos, e entender como ele manipula e ingere este fármaco foi de grande relevância e aprendizado. Foi relatado neste projeto de pesquisa que muitos dos participantes achavam que cortar o medicamento ao meio seria o mesmo que tomar apenas meia dose do fármaco. Com isso entendemos o quanto é importante a conscientização dos riscos da automedicação.

Levando em consideração tudo o que foi apresentado ao nosso público alvo, vemos que de alguma forma conseguimos contribuir para a melhora do conhecimento sobre os riscos de se automedicar. Durante o processo de aplicação do projeto as graduandas tiveram alguns obstáculos como o desinteresse pelo assunto, pois muitos dos idosos consideravam o tema proposto como uma “coisa óbvia “.

Entretanto elas se sentem satisfeitas com os resultados obtidos, e irão buscar entender ainda mais como abordar essa faixa etária de pessoas, para que em projetos futuros tenhamos um resultado ainda melhor.

### **Referências**

AQUINO, Daniela Silva de. **Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, p. 733-736, 2008.

ANVISA. **Campanha- A informação é o melhor remédio**, 2008. Brasília – DF. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília.2004.

BERTRAM G. KATZUNG, SUSAN B. MASTERS E ANTHONY J. TREVOR. (2014). **Farmacologia Básica e Clínica**, 13.ed. Editora: MC Grow Hill/Artmed.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRF-SP), 2019.

DUARTE, Fernanda Gross. **Óbitos e internações decorrentes de intoxicações medicamentosas e não-medicamentosas no Brasil**. 2022. 75f. Tese, (doutorado)- Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, 2022.

FRANCO. André. **Manual de Farmacologia**. 1.ed. Barueri.SP. editor José Eduardo Krieger.2016

LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio de et al. **Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí**. Revista de Saúde Pública, v. 36, p. 55-62, 2002.

MARGONATO, Fabiana Burdini; THOMSON, Zuleika; PAOLIELLO, Mônica Maria Bastos. **Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. 333-341, 2008.

SILVA, Penildon. **Farmacologia**. 8 Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019, 1325 p.

SINITOX. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento: Brasil, 1999**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Informação Científica e Tecnológica; 2017.

SOUSA, Ezilmara Leonor Rolim. **Antibióticos em endodontia: por que, como e quando usá-los**. 1ª ed. - São Paulo: Santos, 2014.

VERNIZI, Marcela Duarte; DA SILVA, Lisiane Lange. **A prática de automedicação em adultos e idosos: uma revisão de literatura**. Revista Saúde e desenvolvimento, v. 10, n. 5, p. 53-72, 2016.

## **PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

**RAFAEL BOMBICINO**

Relatório Parcial de Pesquisa  
apresentado aos membros da  
Comissão Interna de Iniciação  
Científica do *Uni-FACEF*  
*Centro Universitário Municipal*  
*de Franca*, como requisito para  
avaliação do Programa.

**Orientadora:** Profa. Dra.  
Valéria Beghelli Ferreira.

### **1. INTRODUÇÃO**

Com o advento da reforma psiquiátrica no Brasil, que compreende o período dos anos 70 até os anos 90, marcado pelo surgimento do Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental, muito inspirado na Psiquiatria Democrática Italiana, o modelo de saúde dominante na época, baseado na internação de longa permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos, afastando-os de seus laços familiares e da sociedade, modelo notório pela violação de direitos humanos e que pouco visava a reinserção social desse paciente, passou a ser questionado (GOULART, 2008).

Franco Basaglia, grande expoente desse movimento italiano realizaria um experimento na cidade de Trieste, que mudaria o curso da história para a psiquiatria. Nessa cidade, localizada no norte da Itália, os manicômios foram substituídos por centros de saúde mental dentro da própria cidade, integrada a uma rede de apoio e de moradia para os pacientes desse hospital, os aproximando da cidade, buscando dar autonomia para estes (PIERETTI, Vieira 2022).

Ainda, segundo Pieretti e Vieira (2022), o princípio que norteou toda essa experiência seria de desinstitucionalização, que não propõe apenas a

desospitalização das pessoas, isto é, apenas retirá-las dos hospitais, mas integrar esses indivíduos na sociedade, rompendo com os valores manicomial na época. Os autores ainda ressaltam que na época, dos 1200 pacientes inseridos no manicômio, 140 passaram a viver nos apartamentos terapêuticos, enquanto os outros pacientes se ressocializaram em suas famílias ou readquiriram sua autonomia.

Esse exitoso experimento seria a base para as reformas estruturais que aconteceriam na Itália possibilitando a promulgação da lei Franco Basaglia, aprovada em 1978, que versava sobre os projetos substitutivos ao hospital psiquiátrico. Toda essa experiência serviu como norte para o movimento psiquiátrico não só na Europa, mas também no Brasil, com a luta antimanicomial e seus desdobramentos (SILVA, et al. 2020).

No entanto, a concretização da luta antimanicomial no Brasil é tardia, com a promulgação da Lei antimanicomial, em 2001, que visa a ruptura com as antigas práticas adotadas, garante os direitos dos indivíduos portadores de doenças mentais e preconiza que a internação hospitalar se dará apenas em casos em que as estruturas extra hospitalares forem insuficientes (SILVA et al., 2020).

Neste sentido, ainda, no ano de 2002, a Portaria n. 336 do Ministério da Saúde do Brasil regulamentou e definiu um orçamento específico para a implantação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), tidos como equipamentos de referência para a saúde mental, com a finalidade de acolher pessoas com transtornos mentais, prestar atendimento médico, psicológico, terapêutico ocupacional entre outros, promovendo a autonomia desses sujeitos, buscando sempre sua integração com a sociedade (BRASIL, 2002).

Dessa forma, os CAPSs se dividem de acordo com sua complexidade e abrangência, em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS I e CAPS AD, sendo esse o serviço voltado para pacientes com dependência química. Concomitante à implementação dos CAPS nas cidades, os recursos destinados aos leitos psiquiátricos vão para a implementação desses serviços (BRAGA; SOARES, 2019).

Outra importante medida para a implementação do modelo assistencial brasileiro é a consolidação da RAPS, a Rede de Atenção Psicossocial, instituída em 2017, e que tem por finalidade articular, integrar e referenciar os diversos pontos de atendimento da pessoa em sofrimento psíquico ou dependência química, compreendendo serviços como urgência e emergência, internações, serviço ambulatorial especializado e atenção primária (BRAGA, SOARES, 2019).

A RAPS enfatiza a garantia de acesso a atividades no território, favorecendo a inclusão social em relação à promoção de autonomia e o exercício da cidadania. Esses serviços devem ser fortalecidos por uma rede de apoio social integrada por diversos segmentos da sociedade, entre eles as associações de pacientes com transtornos mentais e familiares, os grupos de ajuda mútua, associação de bairros, lideranças religiosas e escolas (SILVA et.al, 2014, p. 645)

Vê se, portanto, que o atendimento psiquiátrico passou por reformas estruturais ao longo das décadas, e o que antes era baseado num modelo hospitalocêntrico e distante das cidades, hoje o sistema é integrado na rede de saúde e o locus desses serviços se dá dentro do próprio espaço urbano, garantindo ao usuário desse serviço o convívio em sociedade (GOULART, 2008).

Dessa forma, configura-se na lei antimanicomial, que a internação é uma medida adotada apenas quando esses instrumentos extra hospitalares se mostrarem ineficientes, nas modalidades da internação voluntária, involuntária e compulsória, e que ao contrário do que era antes praticado, a internação não deve ser de longa permanência.

Vale destacar que o hospital psiquiátrico ainda pode ser considerado uma opção de tratamento em regiões nas quais o processo de implantação ou expansão da RAPS não seja suficiente. Entretanto, a substituição dos leitos psiquiátricos deve constituir-se em prioridades para os municípios (SILVA et.al, 2014, p. 644).

Em relação a urgência psiquiátrica é importante considerar que o Ministério da Saúde vê os casos de atendidos pelos serviços de

emergências/urgências psiquiátricos como aqueles de relacionados ao sofrimento mental comum como situações de crise definidas por conflitos ou quebras relacionais entre o usuário, sua família e/ou seu ambiente social – nos casos de urgência e emergência psiquiátrica a quebra/conflito entre o usuário e ele mesmo é mais acentuada (Brasil, 2013).

Segundo Almeida et al. (2021) é importante que a as equipes de saúde da Atenção Primária em Saúde saibam compreender e classificar o risco das crises em saúde mental, para isso precisam conhecer as mais várias manifestações e tipos de sofrimento mental comum e/ou emergências/urgências psiquiátricas, possibilitando assim identificar corretamente o caso, acolhimento e direcionamento correto do paciente no âmbito do serviço.

As urgências e emergências psiquiátricas podem ser definidas como: qualquer alteração de natureza psiquiátrica em que ocorram alterações do estado mental, as quais resultam em risco atual e significativo de morte ou injúria grave, para o paciente ou para terceiros, necessitando de intervenção terapêutica imediata. As definições de emergências psiquiátricas sugerem ainda a presença de perturbação urgente e grave de conduta, afeto ou do pensamento, bem enfrentamento mal adaptativo (Vedana, 2016, p.2).

Sendo assim, a autora destaca que os cuidados de emergências psiquiátricas contemplam ações pautadas para preparo do atendimento, avaliação, detecção e intervenção precoce de sintomas e comportamentos deletérios e manejo da crise. A equipe multidisciplinar deve estar coesa, preparada para o atendimento e ter consistência em relação a contratos e ao manejo em geral (Vedana, 2016).

Assim, baseado nos desdobramentos das políticas públicas assistencialistas, é imperativo compreender como essa mudança, na dinâmica assistencial, afetou os serviços de internação e como as pessoas com transtornos mentais estão acessando e/ou retornando ao serviço de internação hospitalar. Dessa forma, faz se necessário traçar o perfil desse paciente para compreender a dinâmica do seu processo saúde doença e as multiplicidades e complexidades envolvidas neste processo, a fim de promover estratégias para o fortalecimento da

rede de atenção, do processo de cuidado com base comunitária e para o cuidado longitudinal.

Neste sentido este estudo objetiva analisar o perfil clínico-epidemiológico do paciente psiquiátrico no contexto do serviço de pronto atendimento (pré-hospitalar). Além disso o estudo busca identificar os principais transtornos psiquiátricos dos pacientes no serviço de urgência pré-hospitalar; analisar a reincidência das internações; compreender os aspectos sociais e familiares do paciente internado e identificar estratégias de cuidado longitudinal, integral e intersetorial.

Este estudo trata-se de uma pesquisa de natureza observacional, de abordagem quantitativa, descritiva e transversal. Para a pesquisa de campo, o pesquisador irá analisar prontuários de pacientes internados no serviço pré-hospitalar de um Município no interior do Estado de São Paulo, no período de janeiro a dezembro de 2023. Vale ressaltar que este recorte de tempo foi escolhido pensando num contexto mais atual.

o estudo poderá contribuir para identificar aspectos importantes dessa população em questão, para a ampliar a discussão acerca da efetividade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fortalecer o cuidado em saúde mental, potencializar os preceitos da Reforma Psiquiátrica, garantir os direitos das pessoas com patologias psiquiátricas de terem o tratamento mais próximo de sua rede familiar, evitar reinternações e efetivar a inserção destes sujeitos no contexto social. A partir dos dados obtidos neste estudo é possível compreender como está sendo o percurso e a inserção desta pessoa na RAPS e o contexto do cuidado em saúde mental, para que a partir desta compreensão possa se traçar estratégias que contribuem para a efetividade e fortalecimento das políticas públicas de saúde.

Os dados coletados serão analisados e discutidos, baseados nas variáveis descritas no instrumento de coleta, para compreender o perfil clínico-epidemiológico destes pacientes e embasar a discussão do cuidado em saúde mental considerando os aspectos longitudinal, integral e intersetorial.

## **2. REFORMA PSIQUIÁTRICA**

O termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território (Hirdes, 2009). Para a autora, este termo está originariamente relacionado ao movimento italiano de reforma psiquiátrica. A desinstitucionalização tem uma conotação muito mais ampla do que simplesmente deslocar o centro da atenção do hospício, do manicômio, para a comunidade. Para Amarante (1996) apud Hirdes (2009) é necessário desmontar o aparato de realidades concretas, ainda presentes, que ainda não trazem um contato

efetivo com o paciente na sua “existência” doente.

A autora destaca que, caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, é que o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira se inspirou.

E este movimento, por sua vez, identifica-se com a trajetória de desinstitucionalização prático-teórica desenvolvida por Franco Basaglia, na Itália, com a desativação de hospitais psiquiátricos, a criação da “psiquiatria democrática” e de “redes alternativas à psiquiatria” (Amarante, 1996 apud Hirdes, 2009).

Porém a autora destaca que o movimento pela reforma psiquiátrica foi além, porque busca transformações qualitativas no modelo de saúde e não meramente de reorganização administrativa.

A produção de Basaglia foi e continua sendo um marco importante de referência para os projetos de reforma psiquiátrica e para o redimensionamento atual da desinstitucionalização em psiquiatria (Amarante, 1996 apud Hirdes, 2009).

## 1.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

Em retrospectiva histórica, diferentes modelos assistenciais de saúde mental pautaram as linhas de cuidado no Brasil. Diferentes concepções sobre a loucura e doença mental influenciaram o contexto sociopolítico e econômico, que em contrapartida mudariam toda a organização do sistema de saúde e suas instituições.

A partir dessa lógica, compreende-se que a trajetória dos cuidados do doente mental passou por momentos de concepções distintas (Sampaio; Junior, 2021).

Amarante e Nunes (2018) ressaltam que o modelo manicomial de saúde, que tinha como principal fundamento o “isolamento terapêutico”, que hoje se compreende por alienismo, teve como seu ato fundador a abertura do asilo de alienados mentais em 1793, por Phillipe Pinel. Para o autor, o modelo pineliano tinha fortes influências da filosofia moderna, sobretudo a crença no poder das ciências naturais. Assim, o louco seria objeto de estudo, para então ser curado, dentro desse único lugar: o hospício (Amarante; Nunes, 2018).

O hospício, através do isolamento terapêutico, permite a possibilidade da cura e do conhecimento da loucura a um só tempo. O isolamento é ao mesmo tempo um ato terapêutico (tratamento moral e cura), epistemológico (ato de conhecimento) e social (louco perigoso, sujeito irracional). [...] O conceito de “alienação mental” produz um lugar social para o louco, excluído do pacto social, o lugar do sujeito da desrazão ou da ausência de sujeito - ausência do sujeito racional e responsável cívica e legalmente - um sujeito delirante sem cidadania que deixa de ser um ator social para tornar-se objeto do alienismo (Torre, Amarante, 2001, p.75).

Nesse sentido, a experiência europeia foi um grande vetor para o resto do mundo, e no Brasil, isso não foi diferente. A criação do hospício Pedro II, em 1841, na cidade do Rio de Janeiro seguiria a mesma lógica de retirar o paciente de seu convívio social, visto que segundo a lógica do hospício, o paciente representa também, uma ruptura da ordem social. A partir desse momento, o hospício passaria a ocupar o lócus para o tratamento do doente mental (Sampaio; Junior, 2021).

O modelo manicomial, passaria por outra mudança durante os anos

60, marcado pela privatização da saúde. Essa mudança não necessariamente significa um ponto de inversão dessa linha de cuidado, mas sim uma continuidade na lógica manicomial, porém agora aliada ao interesse financeiro do hospital privado, a saúde conveniada e a redução de gastos do Estado brasileiro com políticas consideradas assistencialistas (Sampaio; Junior, 2021).

Durante os governos militares, ocorreu uma intensa articulação entre internação asilar e privatização da assistência. O redirecionamento do financiamento público para a esfera privada durante esse período é evidente, como demonstrado pelo aumento significativo da clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público. Entre 1965 e 1970, a população internada em hospitais diretamente públicos permaneceu estável, enquanto o número de pacientes nas instituições conveniadas financiadas pelo poder público mais do que dobrou, passando de 14 mil para 30 mil. Posteriormente, esses números continuaram a aumentar, mantendo uma proporção significativa de leitos contratados junto ao setor privado em comparação com os leitos diretamente públicos (Tenório, 2002).

Em meados de 1970, os hospitais públicos encontravam-se em situação de extrema carência, superlotação, abandono e com serviços de má qualidade. Os particulares atuavam na perspectiva de maximizar o lucro, com condições estruturais precárias e condições assistenciais degradantes (Paulin; Turato, 2004, p. 248).

Sampaio e Junior (2021) ressaltam que durante os anos 70, vê-se uma intensa mudança quanto ao questionamento da prática manicomial no Brasil. De um grupo de jovens psiquiatras do Rio de Janeiro, que denunciaram publicamente as condições ofertadas nos hospitais psiquiátricos, é formado o Movimento dos Trabalhadores em saúde mental (MTSM), que tinha como propósito a reformulação das práticas manicomiais.

Em 1978 ocorre o V congresso de Psiquiatria em Camboriú (SC), em que Franco Basaglia participaria, e após visita ao hospital da cidade de Barbacena, denunciou as condições de cuidado em saúde mental no Brasil (Sampaio; Junior, 2021).

Os anos 80 foram marcados por intensas mudanças no contexto sociopolítico brasileiro, que culminariam mudanças significativas na saúde pública e na democracia brasileira: Destaca-se, nesse período, a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1984, a primeira a contar com a participação de usuários e entidades dos serviços de saúde, e a promulgação da constituição em 1988, que estabelece a saúde como direito dos cidadãos brasileiros e dever do estado, além de dispor sobre as bases e funcionamento do SUS pelas leis n. 8.080/90, 8.142/90. (Paim, 2008).

Nesse contexto, Paim (2008) destaca a importância histórica da história 8ª Conferência Nacional de Saúde, como um evento de vital importância na história da saúde pública brasileira, visto que foi a primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS) aberta ao público, contando com mais de 4.000 pessoas. Para o autor a partir desse momento, reconhecia-se a importância da chamada reforma sanitária no contexto da saúde pública nacional. A conferência teve como principais pautas: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema de saúde e financiamento do setor de saúde. As bases discutidas na conferência seriam formariam os princípios doutrinários para regulamentação do SUS (Paim, 2008)

A Reforma Sanitária em geral, e a Reforma Psiquiátrica em particular, são processos, nem contínuos nem lineares e que dependem da participação de todos os segmentos para alcançar efetivamente os objetivos desejados: inclusão, solidariedade e cidadania emancipada [...] (Paim, 2008, p. 3).

A Conferência Nacional de Saúde Mental, entidade que se desdobrou da 8ª CNS, foi o primeiro evento a reunir em nível nacional diversos atores sociais envolvidos na causa. O primeiro encontro ocorreu no Rio de Janeiro, em 1987. Das bases do MTSM, seria formado o movimento da luta antimanicomial, contando agora com usuários e familiares dos serviços e membros da sociedade engajados pela causa, além dos profissionais de saúde mental (Sampaio; Junior, 2021).

Destaca-se, nesse período, a segunda conferência de saúde

mental, ocorrido no fim de 1987, na cidade de Bauru /SP, que propôs mudanças fundamentais nas premissas éticas do cuidado e do atendimento psiquiátrico, de forma que a atenção integral e o direito à cidadania sejam fundamentais para as novas linhas de cuidado em saúde mental, além de estabelecer o dia 18 de maio como a data da luta antimanicomial (Torre; Amarante, 2001).

Os autores ainda destacam que no final dos anos 80, seriam abertos o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS Luís Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo e o Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS) na cidade de Santos/SP, após a reforma do antigo hospital Anchieta, lugar marcado por violências institucionais (Torre; Amarante, 2001).

Torre e Amarante (2001) ressaltam que essas, experiências foram precursoras dos novos aparatos em saúde mental e, apesar de não apresentarem diferenças constitucionais, os projetos originais desses serviços apresentavam características distintas: O CAPS se compreende enquanto serviço extra-hospitalar, intermediário entre hospital e comunidade, não cronificante e não burocratizada, funcionando como um hospital- dia. Já o NAPS, fortemente influenciado pelas ideias italianas, tem como principal ideia a própria superação do manicômio, não apenas por uma mudança administrativa desses serviços, com foco no projeto terapêutico e no atendimento das crises.

Em 1989, Paulo Delgado apresenta o projeto de lei nº 3.657/89, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de "recursos não-manicomial de atendimento"; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (Tenório, 2002).

Entretanto, o que é chamada lei da Reforma Psiquiátrica, pela Lei 10.126 de 06 de abril de 2001, só ocorreria após uma década de tramitação no congresso (Tenório, 2002).

Apesar de considerada ser menos contundente sobre a extinção desses espaços, a lei versa sobre os direitos de proteção da pessoa com transtorno mental, vedando a internação em instituições com características asilares, incluindo a participação da sociedade e da família no seu tratamento e dispõe sobre as condições necessária para a internação hospitalar do paciente psiquiátrico, e é considerado o marco da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (Brasil, 2013).

Em âmbito Internacional, é firmado a declaração de Caracas em 14 de novembro de 1990, um marco significativo nas reformas da atenção à saúde mental nas América. É reconhecido as limitações da assistência psiquiátrica convencional e do hospital psiquiátrico como a única modalidade assistencial, a e declaração sublinha a necessidade premente de uma abordagem comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva. Além disso, destaca a importância do Atendimento Primário de Saúde como estratégia fundamental para alcançar a meta de “Saúde Para Todos”, bem como, a necessidade de adaptação dos programas de Saúde Mental e Psiquiatria a essas estratégias e modelos de organização da assistência à saúde. As diretrizes estabelecidas nesta declaração enfatizam a promoção de modelos alternativos de assistência, a revisão crítica do papel centralizador do hospital psiquiátrico, a garantia dos direitos humanos e civis dos pacientes, a adequação das legislações nacionais e o compromisso com a capacitação dos recursos humanos em saúde mental e psiquiatria (BRASIL, 2013).

Nos anos subsequentes, mesmo ainda sem a aprovação da PNSM, aprofunda-se a reforma psiquiátrica no Brasil. Os CAPS e NAPS seriam regulamentados, especificando seus recursos humanos e territoriais, e passariam ser custeados por incentivos públicos pela Portarias n.224 de 29 de janeiro de 1992 e a Portaria n. 189 de 20 de março de 2002 do Ministério da Saúde (Tenório, 2002).

Em 2001, por mandato do então presidente Fernando Henrique Cardoso, ocorre a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que definiu a base teórica que formaria a Lei 10.216 (Ministério da Saúde, 2002).

Algumas medidas foram implementadas para contribuir com o processo de desinstitucionalização dos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos. Para Tenorio (2002), antes mesmo da aprovação da Lei 10.216, em 2001, foi regulamentado o funcionamento das residências terapêuticas. Essas residências representam uma importante alternativa de moradia e tratamento para os pacientes, promovendo a reinserção social e a convivência em comunidade. Além disso ficou estabelecido que em cada transferência de paciente do hospital especializado para o serviço de residência terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS um número equivalente de leitos naquele hospital. Outra iniciativa importante foi o programa "De Volta para Casa", implementado no ano de 2003. Esse programa tem como objetivo principal a ressocialização de pacientes asilados, oferecendo suporte e acompanhamento para que possam reintegrar-se à sociedade (Tenório, 2002).

No primeiro mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva não ocorreram convocações para uma nova Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Nesse sentido, foi decisiva a atuação de usuários, familiares, profissionais e representantes de entidades, que culminou na realização da Marcha dos Usuários, ocorrida em Brasília, em 30 de outubro de 2009. Assim, após muita pressão popular, é realizada a quarta Conferência Nacional de Saúde mental. Dessa conferência, seriam discutidas as bases para a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que posteriormente seria regulamentada no contexto das Redes de Atenção em Saúde (RAS) (Brasil, 2011).

A partir de 2016, período marcado pela instabilidade da ordem política esocioeconômica no Brasil, sobretudo após o impeachment da presidente Dilma Rousseff e a ascensão de governos conservadores, há uma maior adesão por ideias pró-manicomiais e punitivistas, e pode ser observado um período de retrocesso das políticas de saúde pública e dos avanços significativos da reforma psiquiátrica (Sampaio; Junior, 2021).

Para os autores, os desafios para o avanço da reforma psiquiátrica foram e são tantos da ordem econômica, por meio da EC n.95/2016, que estabeleceu o teto de gastos das despesas primárias, limitando o financiamento do SUS por até 20 anos, como também da própria reestruturação da PNSM, por uma

série de resoluções e normativas que inserem no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o hospital psiquiátrico, aumentando a captação de financiamento para esse tipo de instituição (Sampaio; Junior, 2021).

## 1.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A noção de desinstitucionalização surge primeiramente nos Estados Unidos, promovido pelo Plano de Saúde Mental do governo Kennedy e é compreendida por um conjunto de ações que promoveriam a desospitalização do paciente psiquiátrico, por meio da prevenção de internações inadequadas, e serviços comunitários de saúde mental que poderiam substituir o manicômio, medidas denominadas de “psiquiatria preventivas”. Apesar de ser uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico, essa noção de desinstitucionalização está voltada sobretudo para a redução dos gastos públicos, e menos para a superação dos saberes manicomialis (Amarante; Nunes, 2018).

Os autores ainda apontam criticamente que de forma ainda mais radical ao processo da desospitalização norte americana, está a ideia de desinstitucionalização enquanto desassistência do paciente psiquiátrico, erradicando qualquer responsabilidade do Estado perante essas pessoas e familiares.

Para Amarante e Nunes (2018), o Movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, entende desinstitucionalização por outro paradigma, compreendendo a necessidade da superação dos saberes manicomialis, substituindo a lógica hospitalocêntrica por um cuidado em que a cidadania e a dignidade dos doentes mentais é vista como um determinante de saúde de maior importância, inclusive de forma a superar o próprio saber psiquiátrico.

Como já citado anteriormente, as primeiras experiências de desinstitucionalização ocorreram de forma pontual nos anos 90, em alguns municípios do país. Foi apenas na década seguinte, pelos esforços do movimento da reforma psiquiátrica, que, segundo Amarante e Nunes (2018) foram aprovadas algumas leis que de fato reduziram os leitos em hospitais psiquiátricos, e a desinstitucionalização se tornaria parte integrante da política

pública.

A implantação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), pela criação da Lei 10.126, foi um marco importante, pois discorreu sobre o redirecionamento dos recursos da união para os serviços de base comunitária e assegurou os direitos dos pacientes institucionalizados, porém, apresentava lacunas, uma vez que não se falava claramente da extinção dos manicômios. Nesse sentido, o programa De Volta Para Casa, sancionado em 2003 pela Lei n. 10.708 foi de grande importância, pois foi o primeiro mecanismo claro de reinserção social: cada paciente egresso do hospital psiquiátrico (dois ou mais anos ininterruptos), com indicação de inclusão para um serviço municipal, como o CAPS, passaria a receber uma bolsa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por mês. O auxílio financeiro é destinado diretamente aos beneficiários, exceto em casos de incapacidade de exercer pessoalmente atos de vida civil, nos quais os valores são pagos ao representante legal do paciente (Brasil, 2006; Brasil, 2003; Brasil, 2020).

A redução de forma pactuada e progressiva dos leitos psiquiátricos, de forma a evitar a desassistência dos pacientes psiquiátricos nos municípios, e assegurar a qualidade da assistência para os pacientes psiquiátricos é um grande desafio e uma série de medidas adotadas, pelo Estado, têm por finalidade evitar que isso ocorra. O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) psiquiatria, instituído em 2002 é um instrumento para os gestores de saúde, feito para a avaliação da assistência dos hospitais psiquiátricos públicos e conveniados na rede, podendo descredenciar os hospitais que não seguem as normas do SUS (BRASIL, 2006).

Outra medida é o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Hospitalar no SUS (PRH), instituído em 2004. É uma medida planejada de desinstitucionalização de grandes hospitais psiquiátricos, de forma a garantir uma transição gradual entre o hospital e o serviço extra hospitalar, evitando a desassistência que uma redução brusca de leitos poderia causar em municípios que ainda dependem do serviço hospitalar (BRASIL, 2006).

São definidos no Programa os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe

de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano. Desta forma, busca-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte (idealmente, até 160 leitos) (Brasil, 2006).

Essas medidas, acompanhadas também pela expansão concomitante de serviços comunitários pelo Brasil, garantiu uma redução de leitos em todos os estados, porém sem causar o desabrigo de usuários que dependem desses serviços, de uma forma que a simples desospitalização poderia causar (Brasil, 2006).

A desinstitucionalização vem se mostrando uma política efetiva: pode ser observada uma queda dos leitos psiquiátricos em conjunto com a expansão dos serviços extra-hospitalares. Em 2007, havia 30.422 leitos psiquiátricos no SUS, já em 2022 há um total de 12.662 (doze mil e seiscentos e sessenta e dois) leitos psiquiátricos em 106 (cento e seis) hospitais psiquiátricos, demonstrando a efetividade das políticas de desinstitucionalização. Ao passo que, em 2007 havia 1.028 CAPS pelo Brasil, e em 2022 conta com 2.836 (dois mil, oitocentos e trinta e seis) CAPS habilitados, distribuídos em 1.910 municípios em todos os Estados e no Distrito Federal. Os Serviços de Residência terapêutica (SRT) e as Unidades de Acolhimento (UA) também vivenciaram um aumento nos últimos anos, com 813 SRTs habilitadas no país e 70 UAs, considerando tanto as unidades para adultos como para jovens (Brasil, 2022).

### **3. CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Entende-se que as práticas em saúde mental, principalmente, na Atenção Básica, podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de

Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser a compreensão do território e das relações de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar (Brasil, 2013)

Mesmo os profissionais especialistas em saúde mental precisam compreender, em suas intervenções a partir das vivências nos territórios, que o cuidado em saúde mental não é algo para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades (Brasil, 2013).

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (Brasil, 2013, p. 23).

Neste sentido, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental deve ser construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, com a criação de novas ferramentas e estratégias, compartilhadas e construídas conjuntamente para o cuidado em saúde (Brasil, 2013).

Neste sentido por meio destes encontros e do compartilhamento de novas estratégias, os profissionais e equipes de saúde têm a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território. Com este conhecimento, a equipe de Saúde tem como criar recursos coletivos e individuais de cuidado em saúde ao usuário e comunidade. Para tanto é necessário que estes profissionais estejam abertos a ampliar seus recursos e conhecimentos, tanto de estratégias e tecnologias específicas de cuidado quanto das legislações e políticas públicas vigentes.

### 3.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

As políticas de saúde mental e atenção psicossocial no SUS tem relação direta com a ideia-proposta-projeto-movimento-processo da reforma sanitária no Brasil (Paim, 2008). Com a 8ª CNS, o que foi um movimento da sociedade civil em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde para todos os brasileiros transformou-se em projeto e desenvolveu-se como um processo contínuo (Paim, 2008).

A Reforma Psiquiátrica se inscreve nesse ciclo, porém, guarda suas particularidades e complexidades que vão além da reforma sanitária (Amarante; Nunes, 2018). A Reforma Psiquiátrica, segundo o autor, depende da participação de todos os segmentos da sociedade para alcançar efetivamente os objetivos desejados: inclusão, solidariedade e cidadania emancipada.

Nesse sentido, os movimentos sociais que surgem nos 70 anos foram de grande importância para a Reforma Psiquiátrica (RP), pois foram capazes de problematizar em público uma condição de desigualdade moldada por práticas sociais e culturais (Amarante; Nunes, 2018).

Para o autor, historicamente, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi o primeiro coletivo com o propósito da discussão e produção do pensamento crítico na área. O MTSM assume papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de tortura, fraudes e corrupção. Este movimento dá início a uma greve por oito meses no ano de 1978 que alcança importante repercussão na imprensa (Amarante; Nunes, 2018).

Cabe destacar que os anos iniciais da RP são marcados como um período de crítica à institucionalização da loucura e sua consequente relação com a privação dos direitos humanos, além da militância pelo fim do manicômio (Amarante; Nunes, 2018).

O movimento da luta antimanicomial é um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento através de novos espaços de reflexões para que a sociedade se aproprie desta luta. Sua representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias,

movimentos populares e setores políticos seriam algumas formas de fortalecimento (LÜCHMANN, 2007, p. 403).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o movimento da RP vê uma oportunidade para maior autonomia e desenvolvimento para as políticas municipais de Saúde. Assim, com lei 8.080/90, o campo da saúde mental passa a ser pautado não apenas pela crítica do modelo manicomial, mas também por um processo de intensa participação popular para a formulação dos serviços substitutivos a esse modelo. Nesse período alguns municípios assumiram a assistência em saúde mental, exigindo do governo federal e estadual suas novas atribuições, para a construção instrumentos técnicos operacionais que lhes permitissem implementar os novos serviços de saúde mental (Amarante; Nunes, 2018).

A reforma psiquiátrica finalmente é respaldada enquanto uma política de Estado, pela lei nº 10.216 de 2001 (Brasil, 2001). Sobretudo, a lei versa sobre os direitos dos portadores de transtorno mental, a responsabilidade do Estado perante a promoção de saúde e da reabilitação social dos pacientes internados nas modalidades asilares, além de discorrer sobre as modalidades de internação, que só deverão ocorrer caso os recursos extra-hospitalares forem insuficientes (Brasil 2001). Além dessa lei, diversas portarias e normas operacionais seriam implementadas pelo ministério da Saúde, caracterizando a PNSM como uma política que está sempre em expansão.

Em 2002, pela portaria/GM nº 336, de 19/02 O CAPS é reestabelecido enquanto um serviço ambulatorial de atenção básica, se estruturado a partir do território que está inserido e definido em suas diversas modalidades pela ordem de complexidade e abrangência populacional (Brasil, 2002). Também fica estabelecido que os antigos CAPS e NAPS deveriam ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II (Brasil, 2002).

Nos anos subsequentes, a PNSM desempenhou um papel fundamental na integração da saúde mental à atenção básica, focando sobretudo em medidas para a descentralização do SUS. Isso implicou na transferência das

responsabilidades pela implantação e gestão de políticas e programas definidos no nível federal para outras esferas de governamentais, redesenhando a rede em benefício dos Estados e dos Municípios, transformados estes em entes federativos de fato (Costa et al., 2011).

Medidas como a instituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria n. 154 de 2008, que busca oferecer suporte técnico e institucional às equipes de Saúde da Família na atenção básica, propiciando o “apoio matricial” para as equipes de Saúde da Família. E, de maneira mais abrangente, a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, buscou ampliar o acesso à atenção psicossocial em diferentes níveis de complexidade, além de facilitar o acesso dos indivíduos com transtornos mentais e necessidades relacionadas ao uso de substâncias aos pontos de atenção, garantindo a articulação e integração desses pontos nas redes de saúde do território. O objetivo principal era aprimorar o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (Amarante; Nunes, 2018).

Com os avanços da PNSM, a Política de Álcool e Drogas também passou por mudanças significativas. Em 2003, o Ministério da Saúde Pública "A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas". Esse documento reitera os valores da reforma psiquiátrica e das orientações do SUS, e a assume, de modo integrado e articulado, o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas, reconhecendo, esta, como uma questão de saúde pública, enfatizando sobretudo, políticas de redução de danos. Foram propostas diretrizes que visavam: a inserção do uso de álcool e outras drogas como questões de saúde pública; a adoção do paradigma da redução de danos nas intervenções de prevenção e tratamento; a desconstrução da ideia comum de que todo usuário de drogas é automaticamente doente e necessita de internação ou punição; e o engajamento da sociedade civil em práticas preventivas, terapêuticas e de reabilitação (Machado, 2007).

Embora a PNSM seja uma política sempre em expansão, seus avanços conquistas certamente não ocorreram de forma contínua. O período de dezembro de 2016 a maio de 2019, é apontado como um momento de retrocesso

das políticas de saúde mental, sendo compreendido por alguns autores e entidades como um movimento de “contrarreforma psiquiátrica” (Cruz et al., 2020).

Nesse período, os autores destacam que é instituída a “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, pela nota técnica n. 11 de 2019, por decreto presidencial. Essa nota, formada por um conjunto de mudanças em documentos normativos, como portarias, resoluções e decretos, passam a dar incentivos a internação psiquiátrica e a mudanças no manejo de álcool e outras drogas. Segundo os autores, essa portaria reformula o funcionamento e financiamento da RAPS, que passa a incluir os manicômios e os denominados “hospital-dia”, funcionado sem a lógica de território do CAPS, comprometendo as linhas de cuidado da clínica psicossocial, além de estabelecer maior aporte de financiamento para esses estabelecimentos em detrimento dos serviços ambulatoriais (Cruz et al., 2020).

Também, nessa normativa, fica instituído o CAPS-ad IV, que difere da própria lógica dos demais CAPS por ser um serviço capaz de prestar “assistência a urgências e emergências”, ao contrário da atenção a crise pautada no vínculo terapêutico. Inclusive, o CAPS-ad IV se estrutura enquanto um pequeno hospital psiquiátrico, com capacidade de até 30 leitos (Cruz et al., 2020).

Em 2019, é revogada a Lei Nacional Antidrogas de 2002, que priorizava a redução de danos e prevenção do uso e, pelo decreto n 9.761, é aprovada a Política Nacional Sobre Drogas (PNAD). Com a nova diretriz, o foco da política passa a ser de caráter punitivista e de abstinência. Gradualmente, passa a ocorrer uma desvinculação da política de álcool e drogas da pasta de Saúde para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), se realinhando com os valores da PNAD (Cruz et al., 2020).

Cruz et al. (2020) destacam que, com a nova PNSM, as comunidades terapêuticas também passam a ter maior enfoque, e essas passam a receber financiamento da União, definindo também que esses acolhimentos podem chegar a 12 meses. Para os autores, pode ser observado, no centro dessas mudanças, um amplo financiamento de um modelo pautado na reclusão

prolongada, concomitante a medidas que buscam enfraquecer as medidas ambulatoriais.

Almeida (2019) complementa que, embora essas medidas tenham sido respaldadas sob a égide da evidência científica, a normativa da nova PNSM não inclui uma única referência de estudos de epidemiologia psiquiátrica, da investigação de políticas e de serviços de saúde mental e da ciência de implementação, que constituem, hoje em dia, o suporte conceptual e científico das políticas de saúde mental.

Contraditoriamente, é observado um cenário o oposto em contexto internacional. Patel et al. (2018) apontam que há um amplo consenso sobre a necessidade crucial de substituir os hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários. Tal necessidade é uma meta que faz parte dos quatro objetivos principais do Plano Global de Saúde Mental da OMS (Patel et al., 2018).

Almeida (2019) complementa que há uma recomendação internacional explícita para que o encerramento dos hospitais psiquiátricos comece pelos países de baixa renda, que seja consolidado nos países de renda média e concluído nos de alta renda. Qualquer interrupção dessa transição, com o retorno do hospital psiquiátrico ao centro do sistema de saúde mental, como propõe a Nota Técnica, inevitavelmente resultará na diminuição do acesso a cuidados de qualidade, no aumento das violações dos direitos humanos e na intensificação da exclusão social das pessoas com transtornos mentais. Além disso, o autor destaca que todos os esforços para redistribuir os recursos financeiros serão anulados, e os recursos disponíveis para os serviços na comunidade certamente se tornarão cada vez mais escassos (Almeida, 2019).

Para Cruz et al. (2020), a nova PNSM não significa apenas um retrocesso da Reforma Psiquiátrica e do consenso internacional sobre a saúde mental, como também, contrariam as legislações vigentes no país, promulgada pela Constituição Federal.

### 3.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A necessidade de criação de uma rede de atenção à saúde ocorre devido a uma crise universal dos sistemas de saúde que se desenvolveram durante o século XX, que foram concebidos para a atuação das condições agudas, pautadas em ações curativas (BRASIL, 2017).

Para Mendes (2015), esses sistemas tiveram grande dificuldade para compreender a epidemia de condições crônicas contemporâneas, de forma que sua organização, financiamento e prestação de serviços não são condizentes com o controle dessas condições. O autor ressalta que o modelo de atenção à saúde fragmentado surge de uma visão hierárquica de saúde, que define os pontos de saúde em níveis de “complexidades” crescentes. Essa visão vigorava no SUS, que organizava suas normativas em atenção básica, atenção média e atenção de alta complexidade. Essa visão fundamenta-se num conceito equivocado, que estabelece, de forma consciente ou não, uma banalização da atenção primária, sobrevalorizando os níveis de atenção de maior complexidade, isto é, de maior densidade tecnológica (Mendes, 2015).

No Brasil, a criação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) está intimamente ligada a Constituição Federal de 1988, que institui pela primeira vez a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis para o seu exercício. Com a lei 8.080, é regulada as ações e serviços de saúde públicos, dispendo sobre o SUS e seus princípios, diretrizes e competências, com a premissa de proporcionar tanto a recuperação de doenças como a promoção de saúde. Entretanto, sua consolidação e implantação efetiva percorreu um longo caminho (BRASIL, 2011).

O processo de criação de uma RAS começa a ser delineado pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1993, que impulsiona a municipalização e institui as comissões intergesteroras tripartite e bipartite, e então, estados e municípios passam a ser também gestores de saúde e com a NOB de 1996 é explicitado as responsabilidades de cada gestor. A regionalização e a ideia das redes de assistência são instituídas pelas NOAS de 2001 e 2002 (Brasil, 2011).

Em 2006 é aprovado o Pacto pela Saúde, um compromisso público,

interfederativo que trouxe uma série de mudanças para a gestão do SUS, estabelecendo responsabilidades claras para cada ente da federação (união, estado, município), fortalecendo a gestão compartilhada e solidária. O pacto contemplava várias dimensões: o Pacto pela vida, com prioridades como saúde do idoso, controle do câncer de colo do útero e mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecer a rede em resposta às emergências e endemias, promoção de saúde, fortalecimento da atenção básica, saúde mental entre outras; Pacto em defesa do SUS, enquanto política de Estado, e não de governo, com princípios basilares; e o Pacto de Gestão, que reforça a descentralização das atribuições do Ministério da Saúde para estados e municípios, reiterando a importância da participação e controle social. Um dos compromissos dos gestores era a construção das redes de atenção à saúde (Macedo, 2020)

A RAS é instituída em 2010 e definida como uma “estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.” (Brasil, 2017).

Nesse contexto, Macedo (2020) argumenta-se que apesar dos avanços significativos do SUS nos últimos anos, há uma série de desafios a serem superados, como a fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, financiamento público insuficiente, pulverização dos serviços nos municípios e pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano da Atenção Primária em Saúde (APS).

A RAS é pactuada em âmbito nacional pelas seguintes redes temáticas: Rede Cegonha, com foco em atenção à gestante e à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas - iniciando-se pelo câncer; Rede de Cuidados à pessoa com deficiência; e a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2017)

Pensando nas redes e no contexto do cuidado em saúde, faz-se necessário evidenciar o perfil epidemiológico atual, marcado pela tripla carga de doenças, que é caracterizado pela persistência de doenças infecciosas e

carenciais, pelas doenças crônicas e seus fatores de risco como o sedentarismo, tabagismo e alimentação inadequada e obesidade, e pelo crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito (Brasil, 2017). Neste sentido, a efetividade das redes de atenção em saúde torna-se imprescindível para suprir as demandas sociais, buscando coerência com a condição de saúde dos usuários (Mendes, 2015).

Dessa forma, a concepção hierárquica no sistema de saúde é substituída pela poliarquia, formando uma rede horizontal de atenção à saúde. Na RAS, há uma conformação de pontos de atenção à saúde, de distintas densidades tecnológicas, de forma que todos os aparatos são igualmente importantes (MENDES, 2015). É objetivo da RAS a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com atenção contínua e integral, responsável e humanizada, bem como para melhorar o desempenho do SUS (BRASIL, 2017).

Vistas de outra forma, as organizações hierárquicas ou piramidais corresponderiam a redes em árvore que se caracterizam pela limitação das conexões entre seus diversos ramos e onde predominam os fluxos hierárquicos, de um centro menor para seu superior e, não havendo caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. Ao contrário, as redes poliárquicas ou redes em malha, em que cada nó se liga a vários outros, permitem percorrer caminhos variados entre esses nós de forma que os diversos ramos estão interconectados (Oliveira et al., 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Primária é o centro de comunicação, e os diversos pontos de atenção à saúde devem ocorrer de forma horizontal. Nesse sentido, a Atenção Primária contém serviços de saúde com elevado grau de capilaridade e descentralização, coordenadora do cuidado e ordena toda a rede: tem por função acompanhar e organizar o fluxo de usuários entre os pontos da RAS, reconhece as necessidades de saúde da população que está sob sua responsabilidade, e portanto, deve ser resolutiva para identificar as necessidades e demandas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Mendes (2011) complementa que são pontos fundamentais para a implantação da RAS: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios

sanitários e níveis de atenção.

Os processos de substituição, no contexto da RAS é definida como o manejo de recursos entre e no próprio serviço de saúde, para produzir melhores resultados sanitários e econômicos, em função das demandas da população e dos recursos disponíveis no ponto de saúde (MENDES, 2011).

Nesse contexto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é instituída pela portaria 3.088 em 2011. A RAPS surge como estratégia de política pública com o intuito de oferecer uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva em atender as demandas de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e atender pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas, das demandas mais complexas às mais complexas e graves (BRASIL, 2011).

A RAPS é formada por seis eixos, com seus respectivos pontos de atenção à saúde: a atenção primária em saúde, constituída da unidade básica de saúde, estratégia familiar de saúde, e equipe de atenção básica para populações específicas; atenção especializada; com o CAPS em suas diferentes modalidades, atenção às urgências e emergências, que é composta pelo SAMU, sala de estabilização, UPA 24 horas, pronto socorro e também pelas unidades básicas de saúde; a atenção residencial de caráter transitório, formada pelas comunidades terapêuticas e unidades de acolhimento; pelas estratégias de desinstitucionalização e reabilitação, como o serviço residencial terapêutico, atenção hospitalar, formada pelas unidades de referência especializadas em hospitais gerais, leitos em hospitais psiquiátricos e leitos em hospital-dia (Brasil, 2011; Brasil, 2022).

É imprescindível para o ótimo funcionamento da RAPS o estabelecimento de fluxos territoriais, onde todos os pontos de atenção em saúde, da atenção estão integrados e monitorizados, avaliando sua eficácia (Brasil, 2018). As portas de entrada para o cuidado, assim como em qualquer rede de cuidado do SUS, ocorre prioritariamente pela atenção básica, CAPS, e serviços de urgência e emergência, com as pessoas acolhidas tanto por demanda espontânea ou referenciadas (Brasil, 2022). Diante de casos leves, a pessoa

pode ser referenciada para a atenção especializada ou pelos centros especializados, já em casos que requerem atendimento intensivo, o acolhimento deverá ser na modalidade de “observação” ou “permanência dia”, e então seguir o fluxo da organização até a estabilidade do quadro, para retorno à atenção primária (Brasil, 2022). Os quadros agudos, que representem risco para usuário ou terceiros, deverão ser referenciados para a atenção hospitalar. O acesso ao leito psiquiátrico deve ser de acordo com os critérios clínicos, e se necessário a internação, está deve ser inferior a 90 dias (Brasil,2022).

Todo cuidado em saúde mental deve ser ancorado nas melhores práticas clínicas, de acordo com evidências científicas e pelas diretrizes e normativas do SUS (BRASIL, 2022). Para além da promoção da saúde e prevenção dos agravos mentais no território, os trabalhadores da APS devem adotar práticas intra e intersetoriais, que valorizem as pessoas, as interrelações, autonomia e o protagonismo dos indivíduos. Nesse sentido, várias estratégias podem ser adotadas para a produção de cuidados na RAPS, como a busca ativa por pessoas em situação de rua, com os Consultórios na Rua (CR), o fortalecimento do vínculo entre atenção primária e atenção especializada, adotando equipes multiprofissionais e lançando mão de algumas estratégias de matriciamento, como o uso Projeto Terapêutico Singular (PTS), a visita domiciliar, a interconsulta e outras tecnologias que estejam disponíveis para a equipe (Ministério da Saúde, 2011).

Dentre estas tecnologias, destaca-se o matriciamento, como um processo de construção compartilhada de saúde entre duas ou mais equipes, com o intuito de criar uma proposta de intervenção pedagógico terapêutica. O sistema de saúde se reestrutura de uma ordem vertical (hierárquica), em que muitas vezes a comunicação entre dois ou mais níveis de atenção à saúde ocorre de forma irregular, por meio de pedidos de parecer e formulários de contrarreferência, que não apresentam resolutividade, para uma lógica de horizontalização. Nesse contexto, há a formação de dois tipos de equipes: a equipe de referência, formadas pelas Estratégias de Saúde de Família (ESF), responsáveis pelo cuidado longitudinal, e uma equipe de apoio matricial, que na RAPS seria os centros especializados, como os CAPS. O matriciamento é uma

proposta integradora, em que os efeitos da burocraciada ordem horizontal possam ser substituídos por ações que integrem o conhecimento em saúde dos diferentes níveis de atenção (Ministério da Saúde, 2011).

O matriciamento de equipes dos estabelecimentos, dos serviços da APS, dos serviços urgência e emergência e dos estabelecimentos hospitalares de referência consiste em apoio presencial ou por via eletrônica sistemático (síncrono ou assíncrono, por meio de referência e contrarreferência), suporte técnico aos profissionais para condução do cuidado em saúde mental por intermédio de discussões de casos clínicos individuais e coletivos. As ações de matriciamento podem contemplar diferentes abordagens tais como: os processos de trabalho, o atendimento, as visitas domiciliares compartilhadas e as ações intersetoriais no território. Todas as discussões devem contribuir para o processo de cogestão e de corresponsabilização do projeto terapêutico singular (Ministério da Saúde, 2011)

A interconsulta é o principal instrumento do apoio matricial, e consiste na colaboração entre profissionais de diferentes áreas. A prática, por contar com profissionais de diversas áreas e saberes, permite uma compreensão ampla do processo saúde e doença, permitindo a construção de uma abordagem psicossocial e de projetos terapêuticos (Ministério da Saúde, 2011).

Um aspecto em comum a toda interconsulta é a discussão de caso da equipe, seja ela interdisciplinar ou não. Nessa discussão, alguns temas serão avaliados pela a equipe, como a situação atual do paciente, avaliação dos recursos disponíveis, como a Visita Domiciliar (VD), a interconsulta, que muitas vezes são feitas de forma concomitante, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), e qualquer outra estratégia que estiver disponível para equipe. O foco dessa discussão é de que forma será feito o alívio do sofrimento que o indivíduo está sentindo (Ministério da Saúde, 2011).

O Projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de condutas terapêuticas e psicossociais de grande importância para as equipes do ESF e do CAPS, podendo ser abordado não apenas um único indivíduo, mas até uma família ou um território utilizando essa ferramenta. Nesse sentido, o PTS proporciona ao usuário um atendimento que respeite suas particularidades,

considerando suas opiniões, desejos, sonhos e projeto de vida. É uma construção em saúde coletiva, em que as decisões são sempre elaboradas junto com o paciente, prezando pela horizontalidade das relações, proporcionando uma experiência personalizada e longitudinal. São os componentes de um PTS: abordagens biológica e farmacológica, abordagens psicossocial e familiar, abordagens para inclusão socioeducativa, profissional e de geração de renda, apoio do sistema de saúde, apoio da rede comunitária e trabalho em equipe. O projeto deve ser resolutivo nos problemas do paciente, e ser frequentemente rediscutido, de acordo com as necessidades que surgirem (Ministério da Saúde, 2011).

Apesar de ser uma estratégia relativamente recente, com seus desafios para a consolidação nos municípios, o matriciamento é um exercício para a construção das redes de cuidado mental, tecendo possibilidades e criando uma corrente de corresponsabilidade, ou seja, as equipes interagem entre si, e essa rede de saberes gera novas possibilidades de cuidado e atenção, pautando sobretudo no vínculo e na corresponsabilização, elementos cruciais para a efetivação da RAPS. (Ministério da Saúde, 2011).

#### **4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS**

Após revisão bibliográfica, observa-se que diferentes as concepções de loucura e saúde mental pautaram as linhas de cuidado. Primeiramente, a psiquiatria nasce como um modelo de reformista, à luz da ciência moderna e, portanto, com uma grande expectativa de que a loucura poderia ser curada, se a mesma fosse antes compreendida. Assim nasce o manicômio, como um lugar que teria por intuito, praticar o isolamento terapêutico, retirando o indivíduo de seu convívio social, e assim trata-lo.

Ao longo do século XX, foram diversas críticas a esse modelo, sobretudo em suas violações aos direitos humanos e sua ineficácia em tratar o sofrimento psíquico. Na Itália, ocorrem as primeiras experiências com a retirada

dos pacientes com transtorno mental do manicômio, preconizando em seu tratamento a dignidade humana e a reinserção social. O Brasil, durante os anos 70 também passa por um período de grande questionamento das práticas asilares, e vários movimentos sociais surgem contrapondo o modelo manicomial, sobretudo com o movimento da Reforma Psiquiátrica (RP).

Com a culminação de diversas mudanças que ocorrem no contexto sociopolítico brasileiro, sobretudo a constituição de 1988, que versa sobre a saúde como um direito de todo cidadão, e a criação do SUS, começa a ser delineada as bases para a Reforma Sanitária, e em particular a Reforma psiquiátrica, com a necessidade de criação de uma Política Nacional de Saúde Mental para atender as mudanças que passariam na concepção de cuidados mentais na época, sobretudo com a criação dos CAPS e a necessidade de expansão desses serviços pelo Brasil.

Com a lei 10.126, também denominada lei da Reforma Psiquiátrica, os recursos da União passam a ser reorientados para os serviços substitutivos do manicômio, como os CAPS, as residências terapêuticas (RTs), além do fomento de políticas de desinstitucionalização, como o programa de Volta Para Casa, formando assim alguns eixos centrais da PNSM. Nesse sentido, a desinstitucionalização no Brasil guarda suas particularidades: a redução dos leitos psiquiátricos é feita de forma pactuada e progressiva, evitando a desassistência dos pacientes psiquiátricos, ocorrendo concomitante com a expansão dos serviços extra-hospitalares. Essa prática se afasta de um modelo de desospitalização, que não seria capaz de prestar uma melhor assistência aos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos.

Outra medida de grande contribuição da Reforma Psiquiátrica é a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no contexto das RAS. A rede tem o intuito de superação dos modelos fragmentados e hierárquicos de saúde, de modo em melhor atender as demandas de pessoas com sofrimento mental e decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Apesar de seus avanços, a Reforma Psiquiátrica passa por um momento de contrarreforma com a “Nova Política de Saúde Mental”, que passa a

incluir os manicômios na RAPS e focando em políticas de abstinência em detrimento da redução de danos da antiga PNAD. Observa-se, portanto, que mesmo com mudanças significativas que ocorreram nas últimas décadas, ainda há um longo caminho para a fruição da Reforma Psiquiátrica como uma linha de cuidado hegemônica e estruturada.

A pesquisa está em andamento, na fase de aprovação do Comitê de Ética da Universidade. Será submetida no mês de março de 2024 e de acordo com o plano do estudo e assim que aprovada, iniciar-se-á coleta de dados. Alguns capítulos ainda estão em construção para dar ainda mais sustentação a revisão bibliográfica

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>. Acesso em: 08 fev. 2024.

ALMEIDA, A. C. S et al. Atuação do enfermeiro no manejo da crise em saúde mental: uma revisão integrativa. **Res., Soc. Dev.**, v.10, n. 9, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18030>.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz**: Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYYPQyvvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 08 fev. 2024.

BRAGA, L. A; SOARES J., R. C. O processo de consolidação do CAPS no Brasil e as articulações com a reforma psiquiátrica. **Ayvu, Revista de Psicologia**, v.6, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/ayvu/article/view/28406/29492>. Acesso em: 20 jan. 2024

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília DF, 2001. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso 16 abr. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III,

definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União, Brasília DF, 9 fev. 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso 16 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Dispõe sobre a concessão de auxílio- reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003.

Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.708.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm). Acesso em: 08 fev 2024.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.108, de 31 de maio de 2021. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 jun. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.108-de-31-de-maio-de-2021-323277863>. Acesso em: 08 fev 2024.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3, de 10 de março de 2017. Institui o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 mar. 2017. Seção 1, p. 103. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 08 fev. 2024.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 dez. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 08 fev. 2024

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instrutivo Técnico: RAPS - SUS: Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2022. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo\\_tecnico\\_raps\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf). Acesso em: 08 fev. 2024

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. (Cadernos de Atenção Básica n.34). Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em: 17 jan. 2024.

COSTA, N. R et al. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. Cien Saúde Colet, 2011. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/reforma-psi-quiatrica->

federalismo-e- descentralizacao-da-saude-publica-no-brasil/8477?id=8477. Acesso em: 08 fev. 2024.

CRUZ, N. F. O. et al. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. educ. saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 08 fev 2024.

GOULART, M. S. B. Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. **Mnemosine**, v.4, n. 1, p. 2-15, 2008. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/viewFile/41458/28727>. Acesso em: 20 nov. 2023.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxK9HXvfl39Nf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2024.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399–407, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>. Acesso em: 08 fev 2024.

MACEDO, E. V. **Rede de Atenção Psicossocial em Minas Gerais**: um estudo sobre a cobertura dos CAPS. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo

Horizonte, 2020. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1377811/dissertacao-ethiara-pdf-a-final- c\\_impresao\\_13\\_04\\_2020-2.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1377811/dissertacao-ethiara-pdf-a-final- c_impresao_13_04_2020-2.pdf). Acesso em 08 fev. 2024.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 801–821, jul. 2007. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>. Acesso em: 08 fev 2024.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf> Acesso em: 08 fev. 2024

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), setembro de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>. Acesso em: 08 fev 2024.

\_\_\_\_\_. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 08 fev 2024.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO Nº 652, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2020.** Publicado no DOU em: 31/08/2022, Edição166, Seção1, pag 186. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2020/1548-resolucao-n-652-de-14-de-dezembro-de-2020>>. Acesso em: 08 fev 2024.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Portal da Saúde.** Brasília, DF, Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasfuncoesab>. Acesso em: 08 fev.2024

OLIVEIRA, E.; SZAPIRO, A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 3, p. 15–20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MBbTXqFD5grtZ953Cy7xBsm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2024.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em:08 fev. 2024.

PATEL V et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. **Lancet** 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30314863/>. Acesso em: 08 fev 2024.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 11, n. 2, p.

241–258, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>. Acesso em: 08 fev. 2024.

PIRETTI, A. C. S.; VIEIRA, B. O que podemos aprender com a reforma psiquiátrica italiana? Observações de uma residente brasileira em Trieste. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 14, n. 40, p. 30–52, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69789>. Acesso em: 21 jan. 2024.

SAMPAIO, M. L.; JÚNIOR, J. P. B. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trab. educ. saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>.

Acesso em: 08 fev 2024.

SILVA T. A et. al. (Re)Visitando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos. **Av Enferm**, v. 38, n. 3, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.82440>. Acesso 20 jan. 2024.

\_\_\_\_\_. Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. **REME, Rev Min Enferm**, v.18, n.3 p. 644-651, 2014. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v18n3/v18n3a10.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2024.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 1, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>. Acesso em 09 fev. 2024.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. D. C. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>.

Acesso em 08 fev. 2024.

VEDANA, K. G. G. **Urgências e Emergências Psiquiátricas**. EERP–USP, 2016. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4342962/mod\\_resource/content/3/Nova%20pasta/APOSTILA%20URGENCIAS%20PSIQUI%3%81TRICAS%202016.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4342962/mod_resource/content/3/Nova%20pasta/APOSTILA%20URGENCIAS%20PSIQUI%3%81TRICAS%202016.pdf). Acesso em: 12 jan. 2024.

## **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE GESTANTES COM HIV EM UM SERVIÇO DE SAÚDE DO INTERIOR PAULISTA**

Michaela Santos Leão  
Graduanda em Enfermagem - Uni-FACEF  
michaelaleao7@gmail.com

Nádia Bruna da Silva Negrinho  
Doutora em Ciências da Saúde e Docente do Departamento  
de Enfermagem e Medicina - Uni-FACEF  
nadia.bruna@hotmail.com

### **1. INTRODUÇÃO**

A sigla HIV surgiu a partir do termo em inglês, vírus da imunodeficiência humana. A infecção na fase avançada é a causadora da patologia denominada, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). O vírus, possui um sistema de ataque que atinge diretamente os linfócitos T CD4+ do sistema imunológico (Brasil, 2022a).

O HIV possui relevância mundial quanto aos cuidados de prevenção ao contágio, decorrente da alta taxa de transcendência, caráter pandêmico e o principal meio para reservatório, ser o homem. Contudo, apesar da crescente discussão sobre o tema, que promoveu a disponibilização gratuita de testes rápidos de detecção do HIV, o conhecimento popular apresenta limitações e vulnerabilidades, principalmente em contextos pouco estruturados (Brasil, 2022a).

Ao contaminar-se com o HIV, inicia-se um processo de controle restrito e obrigatório, visto que, não há ainda cura para a doença (SESA, 2023). Evidenciando uma população com vulnerabilidades de barreiras legais, socioeconômicas, individuais, sociais e biológicas que acentuam seu agravo de saúde (Ayres, 2022). Contudo, estudos apontam que apesar do

indivíduo ter o contato direto com o vírus do HIV, não significa que, obrigatoriamente este virá a desenvolver a AIDS (SESA, 2023).

O período variado entre a infecção pelo HIV e o surgimento de sinais e de sintomas da fase aguda (Síndrome Retroviral Aguda (SRA)), é de uma a três semanas. As principais características clínicas da infecção possuem fases (infecção aguda; fase assintomática ou latência clínica; fase sintomática inicial ou precoce; e AIDS) (SESA, 2023).

O contágio ocorre principalmente por via sexual, caracterizando-a como uma infecção sexualmente transmissível (IST). Porém, há outras formas de contágio, evidenciado pelo contato com fluidos sanguíneos. No qual, outra forma seria decorrente da transmissão vertical do HIV (TV-HIV), do vírus da mulher para a criança na gestação, no parto e na amamentação (SESA, 2023).

Em suma, toda mulher gestante tem direito a consultas e atendimento integral ao pré-natal, o objetivo é assegurar o desenvolvimento saudável da gestação, permitindo um parto com menores riscos para a mãe e para o bebê (Brasil, 2022h). Entretanto, índices apontam taxas preocupantes quanto à atenção prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal, visto que no Brasil 26,4% não tiveram acesso ou o acesso foi inadequado ou intermediário ao pré-natal (Brasil, 2019c).

As principais diretrizes que propõem o cuidado à mulher gestante foram definidas pela Portaria N° 1.459 da Rede Cegonha, publicada em 24 de junho de 2011 e aprimorada desde então. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve garantir para esta mulher uma estrutura de cuidado por pontos de atenção, serviços de apoio e logísticos, equipe multiprofissional, fluxos e contrafluxos em tempos oportunos, processos de vigilância e cuidado

qualificados. No qual, a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial do sistema (Brasil, 2019c).

Portanto, a gestante deve ser submetida a exames e testes para prevenir a TV-HIV de outras doenças. Assim, na primeira consulta do pré-natal (primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto devem ser realizados testes para HIV (Brasil, 2019b). A infecção pelo HIV é definida com dois resultados reagentes em testes rápidos (TR1 e TR2) contendo antígenos diferentes, usados sequencialmente. Recomenda-se, ainda, que a presença do vírus seja confirmada com o teste de quantificação da carga viral (CV) (Brasil, 2021).

A TV-HIV e de outras ISTs são desafios públicos que necessitam de enfrentamento através de políticas públicas brasileiras a fim de prevenir mortalidade materna e infantil. Evidencia-se ações de fortalecimento de eixos que visam este objetivo. Para isto, é de suma importância o pré-natal adequado da mulher soropositiva com diagnóstico precoce e oportuno, tratamento profilático e outros cuidados preventivos (Brasil, 2023a).

A Vigilância Epidemiológica, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), atua na identificação e coleta de dados dos agravos de doenças no Brasil (IBGE, 2023). A infecção pelo HIV/AIDS faz parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças pela Portaria nº 420, de 2 de março de 2022, sendo que a AIDS é de notificação compulsória desde 1986; a infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de TV-HIV, visa a Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000; e a infecção pelo HIV, a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (Brasil, 2022b).

No Brasil, de 1980 até junho de 2022, foram registradas 369.163 notificações do sexo feminino de casos de HIV (33,9% do

percentil total). Diante deste contexto, com foco nas duas últimas décadas de 2000 até junho de 2022, foram notificadas no Brasil 149.591 gestantes/parturientes/puérperas infectadas pelo HIV, dentre estas 8.323 correspondendo a 37,1% das gestantes eram residentes da região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (29,1%), Nordeste (18,9%), Norte (9,1%) e Centro-Oeste (5,8%) (Brasil, 2022b).

Contudo, um estudo realizado a partir do banco de dados do IntegraSUS no estado do Ceará evidenciou que a pandemia do COVID-19 impactou em uma menor detecção do HIV em gestantes (Lopes et al., 2023). No qual, tem se observado uma limitação nacional para o controle e investigação dos casos, devido a subnotificação no SINAN, revelando falhas e implicações para a resposta ao HIV/AIDS, decorrente do desconhecimento de informações no âmbito da epidemiologia (Brasil, 2022b).

Sendo assim, utilizar os sistemas de vigilâncias nacionais como aliados a fim de identificar e registrar as crescentes tendências da epidemia ao decorrer dos anos torna-se uma estratégia potente, visto que, os impactos do uso destes instrumentos de monitorização são eficazes como ferramentas indicadoras dos programas nacionais, que visam reduzir a infecção pelo HIV, e os comportamentos de risco (Brasil, 2019a).

Destaca-se quanto ao benefício, visto que, os dados epidemiológicos visam ampliar o potencial de conhecimento das ISTs no território nacional, com objetivo de propor ações para vigilância, prevenção e controle. Posto isto, o setor da saúde precisa estar atualizado e preparado a fim de implementar estratégias para os cuidados de acordo com a demanda (Brasil, 2022b).

O compartilhamento de informações entre os setores busca uma integração entre, a articulação intersetorial, a

funcionalidade das ações e programas, o fortalecimento dos espaços institucionais e a construção de uma política nacional de IST/AIDS que envolva outros espaços das áreas governamental e não-governamental, propondo cuidados e intervenções que sejam possíveis de ações quanto às necessidades e manifestações da população, priorizando os afetados pela epidemia (Brasil, 2019a).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Identificar o perfil epidemiológico dos casos notificados de gestantes com HIV em um serviço de saúde no interior paulista.

### **2.2 Objetivos específicos**

-Identificar as gestantes notificadas com HIV, segundo variáveis sociodemográficas;

-Identificar as variáveis das gestantes notificadas para HIV e seus dados clínicos do pré-natal;

-Identificar as variáveis das gestantes notificadas para HIV e seus dados clínicos do parto;

-Detectar a prevalência de gestantes com sorologia positiva para HIV no município e região de referência da pesquisa.

## **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo do tipo transversal, observacional e analítico com abordagem retrospectiva e quantitativa, utilizando dados secundários.

O estudo está sendo desenvolvido através da concessão de dados da Vigilância Epidemiológica e do Serviço de Assistência Especializada (SAE) DST/AIDS, outorgados pela Secretaria Municipal de Saúde do município. As instituições de coleta estão localizadas na cidade de Franca, região interiorana do estado de São Paulo.

O município constitui uma população segundo dados do IBGE (2022) de 352.537 pessoas. Com a área territorial estimada de 605,679 km<sup>2</sup>, no qual abrange 36 bairros (IBGE, 2019).

A Secretaria Municipal de Saúde de Franca, visa ser responsável por funções de elaboração do planejamento operacional e executar a política municipal de saúde, através da implementação do sistema municipal de saúde e do desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população; coordenar, controlar e fiscalizar o Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do município; realizar ações preventivas em geral, de vigilância e controle sanitário e outras demais responsabilidades (Franca, 2023).

A população foco do estudo é composta por todos os casos notificados através das Fichas de Investigação “Gestante HIV+”, no período definido de janeiro de 2014 até dezembro de 2023. Os critérios para inclusão deste estudo, serão as gestantes com HIV diagnosticadas e com notificação na instituição responsável, segundo definição da detecção laboratorial do HIV pelo Ministério da Saúde (2022c).

Para critério de exclusão, serão, casos repetidos de notificação da gestante; fichas de notificação sem informações completas, constando valores iguais ou menores de 20% das informações para coleta dos dados quantitativos; e mulheres fora do ciclo gravídico puerperal.

Para a coleta dos dados, estes serão, através das Fichas de Investigação “Gestante HIV+” (Anexo A) e identificação das informações por meio dos prontuários físicos e eletrônicos das pacientes, autorizados e disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica e pela SAE-DST/AIDS.

Para registro dos dados coletados, foi desenvolvido um instrumento estruturado para investigação pela autora e avaliado pela orientadora que é especialista no tema de estudo (Apêndice A).

Neste instrumento estruturado, foram idealizados aspectos relacionados ao:

- Controle de dados;
- Dados sociodemográficos da gestante com HIV;
- Dados clínicos do pré-natal da gestante com HIV;
- Dados clínicos do parto.

Seguido, será realizada a análise estatística dos dados coletados.

A exposição dos resultados será por meio do uso de tabelas e gráficos.

Esta pesquisa, em instância, foi proposta ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Franca (Uni-FACEF) por meio da Plataforma Brasil (PLATBR). Este estudo está sendo desenvolvido por meio das recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466 de 2012, que regulamenta a realização de pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi solicitado a dispensa, uma vez que se trata de uma pesquisa retrospectiva, no qual as informações serão obtidas por método de coleta de fonte secundária dos documentos citados

anteriormente.

Os riscos da pesquisa são mínimos e estão relacionados à confidencialidade. Porém, todos os dados obtidos na pesquisa serão utilizados somente para fins científicos e serão mantidos em sigilo.

Os benefícios atrelados mediante os resultados e conclusão desta pesquisa, refere-se quanto ao conhecimento adquirido acerca do tema, sendo possível traçar uma identificação objetiva do perfil epidemiológico das gestantes portadoras de HIV.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Mediante as pesquisas realizadas, evidencia a relevância do tema para a problemática da epidemia de HIV/AIDS no Brasil como uma urgência de saúde pública, que necessita de atenção e resolubilidade. O conhecimento do perfil epidemiológico dos casos de gestantes notificadas com HIV/AIDS, torna-se uma estratégia de reconhecimento das vulnerabilidades e outros determinantes, que afetam o aumento nas taxas de prevalência e a incidência de transmissão vertical da infecção e complicadores associados a evolução da patologia no período gravídico-puerperal.

Visar estratégias com medidas para implementação de prevenção de novos casos, controle e monitoramento, tratamento adequado, e no caso das gestantes o adequado uso da estratégia de planejamento familiar, realização do pré-natal adequado e efetivo, profilaxia medicamentosa e outros mecanismos ao decorrer da gravidez-parto, como em casos de partos cesarianas para evitar o contágio, são mecanismos que reduzem a morbimortalidade de mulheres e crianças vulneráveis.

Os impactos do contágio pelo HIV demonstram a necessidade do desenvolvimento de ações efetivas voltadas ao controle e educação em saúde para a população, visando reduzir o número de novos casos. Certamente os dados obtidos na coleta de dados permitirão avaliar a eficácia das medidas de saúde implementadas pelos gestores, identificando áreas que necessitam de melhorias. Essas informações são cruciais para orientar futuras propostas de ação, visando aprimorar os serviços de saúde e garantir melhores resultados para a comunidade.

A capacitação de profissionais da saúde que atendem essa população, permeia diversos cuidados atrelados às necessidades biopsicossociais da paciente, mas para além disso, a redução da subnotificação de casos de gestantes HIV+. Evidencia a estratégia de todas as mulheres realizarem os testes para HIV na gestação e a obrigatoriedade de notificação pelos profissionais da saúde, não somente dever profissional, assim como, também ético.

Os resultados desta pesquisa, são de extrema importância para os setores de saúde pública, econômico, justiça e outros diversos, com objetivo de propor subsídios para leis, portarias, diretrizes e campanhas a fim de garantir a defesa dos direitos humanos, conforme proposto pela constituição. Em suma, é essencial salientar o enriquecimento de conhecimento, experiência e qualificação para as pesquisadoras, em especial como estudante de enfermagem e futura profissional de saúde.

A conclusão do projeto, este poderá ser divulgado em evento e/ou periódico científico, seguindo as regras, normas e recomendações de regulamentação para o desenvolvimento do projeto de pesquisa, segundo proposto pela instituição responsável, com os devidos agradecimentos.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. Rev. Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 46, N. Especial 7, p. 196-206, dez 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2022.v46nspe7/196-206/pt>>. Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Seção 1. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/resolucao-no-466-de-12-de-dezembro-de-2012>> . Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: HIV/ AIDS 2019. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, dez 2019a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2019/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2019>>. Acesso em: 11 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Brasília, 2019b. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/zerodiscriminacao/wpcontent/uploads/2021/07/PROTOC4.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde, São Paulo, 2019c. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fluxogramas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C nas Instituições que Realizam Parto. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Brasília, 2021. Disponível em: <<http://azt.aids.gov.br/informes/222021.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia. Cidades e Estado: Franca - SP. IBGE, 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/franca.html>>. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde, 5 ed. Brasília, 2022a. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_5ed\\_rev\\_atual.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: HIV/ AIDS 2022. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, dez 2022b. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-deconteudo/boletimsepidemiologicos/2022/hiv-aids>>. Acesso em: 17 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Testes rápidos. Ministério da Saúde, Brasília, 2022c. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/testes-rapidos>>. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal. Ministério da Saúde, Brasília, 2022h. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/pre-natal>>. Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia. Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN. Ministério da Saúde, IBGE, Brasília, 2023. Disponível em: <<https://ces.ibge.gov.br/base-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agravos-de-notificacao-sinan>>. Acesso em: 17 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. AIDS/HIV. Ministério da Saúde, Brasília, 2023a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aids-hiv>>. Acesso em: 17 jul. 2023.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. O que é HIV. SESA, 2023. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 17 jul. 2023.

BRASIL. Secretaria de Saúde de Franca. Administração Direta. Secretária de Saúde de Franca, 2023. Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/administracao-municipal/administracao-direta/saude/apresentacao-saude>>. Acesso em: 10 jul. 2023.

## Apêndice A

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO DE GESTANTES HIV				
<b>CONTROLE DE DADOS:</b>				
1. Ordem da coleta: _____				
2. Data da coleta: ___/___/_____				
3. Nº Prontuário: _____				
4. Iniciais do nome da gestante: _____				
5. Data da notificação: ___/___/_____				
<b>DADOS GERAIS DA COLETA:</b>				
6. Data de nascimento: ___/___/_____				
7. Idade gestacional:				
1. ( ) 1º Trimestre	2. ( ) 2º Trimestre	3. ( ) 3º Trimestre	4. ( ) Idade gestacional ignorada	
5. ( ) Não	6. ( ) Não se aplica	7. ( ) Ignorado	8. ( ) Incompleto	
8. Raça/Cor:				
1. ( ) Branca	2. ( ) Preta	3. ( ) Amarela	4. ( ) Parda	
5. ( ) Indígena	6. ( ) Ignorado	7. ( ) Incompleto		
9. Estado civil:				
1. ( ) Casada	2. ( ) União estável	3. ( ) Solteira	4. ( ) Separada	
5. ( ) Viúva	6. ( ) Incompleto			
10. Escolaridade:				
1. ( ) Analfabeta				
2. ( ) 1ª à 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)				
3. ( ) 2ª à 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)				
4. ( ) 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)				
5. ( ) Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)				
6. ( ) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)				
7. ( ) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)				
8. ( ) Educação superior incompleta				
9. ( ) Educação superior completa				
10. ( ) Não se aplica				
11. ( ) Ignorado				
12. ( ) Incompleto				
11. Zona de moradia:				
1. ( ) Urbana	2. ( ) Rural	3. ( ) Periurbana	4. ( ) Ignorado	5. ( ) Incompleto
12. Ocupação: _____				
1. ( ) Incompleto				
13. Evidência laboratorial do HIV:				
1. ( ) Antes do pré-natal	2. ( ) Durante o pré-natal	3. ( ) Durante o parto	4. ( ) Após o parto	
5. ( ) Incompleto				
14. Fez pré-natal?				
1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Ignorado	4. ( ) Incompleto	
Se sim, qual a unidade de realização do pré-natal: _____				
15. Número de consultas de pré-natal: _____				
1. ( ) Incompleto				
16. Uso de anti-retrovirais para profilaxia no pré-natal:				
1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Ignorado	4. ( ) Incompleto	
Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia: ___/___/_____				
17. Município do local do parto: _____				
1. ( ) Incompleto				
18. Tipo de parto:				
1. ( ) Vaginal	2. ( ) Cesárea eletiva	3. ( ) Cesárea de urgência	4. ( ) Não se aplica	
5. ( ) Incompleto				
Data do parto: ___/___/_____				
19. Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto:				
1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Ignorado	4. ( ) Incompleto	
20. Evolução da gravidez:				
1. ( ) Nascido vivo	2. ( ) Natimorto	3. ( ) Aborto	4. ( ) Não se aplica	
5. ( ) Incompleto				
21. Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas):				
1. ( ) Nas primeiras 24h do nascimento		2. ( ) Após 24h do nascimento		
3. ( ) Não se aplica		4. ( ) Não realizado		
5. ( ) Ignorado		6. ( ) Incompleto		

**Anexo A**

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO <b>GESTANTE HIV +</b>		Nº	
<b>Definição de caso:</b> Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2 - Individual			
	2	Agravado/doença <b>GESTANTE HIV</b>		3	
	4	UF	5	Município de Notificação	6
	7	Código (IBGE)			
Notificação Individual	8	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		9	
	10	Código		11	
	12	Data do Diagnóstico			
	13	Nome do Paciente		14	
Dados de Residência	15	Data de Nascimento			
	16	Nome do Paciente		17	
	18	Sexo F - Feminino		19	
	20	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		21	
Dados Complementares do Caso	22	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado			
	23	Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Esino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	24	Número do Cartão SUS		25	
	26	Nome da mãe			
Dados Pré-Natal	27	UF		28	
	29	Município de Residência		30	
	31	Código (IBGE)		32	
	33	Distrito			
Dados Parto	34	Bairro		35	
	36	Logradouro (rua, avenida,...)		37	
	38	Código		39	
	40	Número		41	
Investigador	42	Complemento (apto., casa, ...)		43	
	44	Geo campo 1			
	45	Geo campo 2		46	
	47	Ponto de Referência		48	
<b>Dados Complementares do Caso</b>					
Dados Pré-Natal	49	Ant. epid. mãe/ HIV		50	
	51	Ocupação		52	
	53	Evidência laboratorial do HIV: 1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto			
	54	Pré-Natal			
Dados Parto	55	Fez/ Faz pré-natal 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		56	
	57	UF		58	
	59	Município de realização do Pré-Natal		59	
	60	Código (IBGE)			
Dados Parto	61	Unidade de realização do pré-natal:		62	
	63	Código			
	64	Nº da Gestante no SISPRENATAL		65	
	66	Uso de anti-retrovirais para profilaxia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		67	
Investigador	68	Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia			
	69	Parto			
	70	UF		71	
	72	Município do local do parto		72	
Investigador	73	Código (IBGE)			
	74	Local de realização do parto:		75	
	76	Código			
	77	Data do parto:		78	
Investigador	79	Tipo de parto 1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica			
	80	Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		81	
	82	Evolução da gravidez: 1 - Nascido vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto 4 - Não se aplica			
	83	Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas): 1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado			
Investigador	84	Município/Unidade de Saúde		85	
	86	Cód. da Unid. de Saúde			
	87	Nome		88	
	89	Função		90	
Assinatura					
Gestante HIV +		Sinan NET		SVS 17/07/2006	

## **QUALIDADE DE SONO DO ESTUDANTE DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE COM METODOLOGIA ATIVA DE ENSINO**

Stella Paula de Queiroz  
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF  
stellapauladequeiroz@gmail.com

Kelly Jacqueline Barbosa  
Doutora em Ciências e Docente dos Departamentos  
de Enfermagem e Medicina– Uni-FACEF  
kellybiomedicina@yahoo.com.br

### **1 INTRODUÇÃO**

O sono é um estado fisiológico cíclico circadiano, ou seja, tem duração aproximada de 24 horas. Este consiste em 5 fases alternadas que apresentam diferentes padrões no eletroencefalograma, diferença nos movimentos oculares rápidos, tono muscular e movimentos cardiorrespiratórios, que distinguem cada etapa desse ciclo (Fernandes, 2006). Associado a isso, há um ritmo biológico neuroquímico denominado ciclo sono-vigília, este apresenta oscilações no decorrer do dia controladas pelo hipotálamo e suas ligações com tronco cerebral e tálamo, estabelecendo a secreção de diferentes hormônios e neurotransmissores correlacionados com as fases do sono (Alóe; Azevedo; Hasan, 2005). Fatores externos também podem intervir nessa ciclicidade, dentre eles a interposição dia-noite, horários de atividade, fatores ambientais e emocionais (Martini *et al.*, 2012).

O sono é essencial para funções metabólicas, neuroendócrinas e consolidação da memória (Reimão, 1996). O padrão regular de sono consiste em 7 a 9 horas de sono por noite. A privação desse (inferior a 7 horas), tem como consequência

sonolência, associada com redução no desempenho motor e cognitivo, e alterações no humor, que atingem diferentes domínios sociais no qual o indivíduo está inserido, como, trabalho, lazer, acadêmico, e performance física, afetando assim a qualidade de vida e a morbimortalidade associada a acidentes, distúrbios psiquiátricos, envelhecimento precoce e doenças cardiovasculares. (Ferrara & De Gennaro, 2001; Cardoso *et al.*, 2009; Ferreira *et al.*, 2017; Araújo *et al.*, 2013)

O estudante de medicina está exposto a múltiplos fatores exógenos que agem sobre o ciclo sono vigília e os tornam susceptíveis a transtornos do sono, dentre esses fatores pode-se citar altas demandas acadêmicas, tempo integral de estudos, plantões, contato contínuo com doentes, situações de forte pressão e estresse, além de hábitos como assistir televisão a noite e fazer uso de álcool e tabaco, cochilos diurnos, em consequência disso pode-se desencadear maiores níveis de stress associado a padrões de sono vigília incompatíveis com o ciclo dia noite determinante do sono (Pereira *et al.*, 2020; Corrêa *et al.*, 2017; Araújo *et al.*, 2013)

No Brasil encontram-se poucos estudos acerca da qualidade de sono em estudantes, limitando-se no que diz respeito aos acadêmicos do curso de medicina e associados à metodologia ativa de ensino, com isso, esse estudo faz-se importante para ampliação de resultados, bem como a definição de fatores determinantes quantitativamente e qualitativamente para a restrição do sono, já que esse padrão de sono determina o desempenho e a morbimortalidade dessa população.

---

## **2 ACADÊMICOS DE MEDICINA E QUALIDADE DE SONO**

---

Além de atividades curriculares e tempo integral de curso cabe ressaltar que os estudantes de medicina, complementam sua formação com atividades extracurriculares, como a participação em ligas acadêmicas, cursos livres, iniciação científica, monitorias, plantões, estágios, projetos de extensão dentre outros, o que aumentam a carga horária diária e o tempo demandado aos estudos. Fato esse é antagônico a longo prazo, já que a privação de sono se correlaciona com queda no desempenho. (Cardoso *et al.*, 2009; Segundo *et al.*, 2017). Em oposição a isso, foram identificadas a prática esportiva e de atividades não curriculares como fator predisponente de melhor qualidade de sono. (Corrêa *et al.*, 2017)

Outro fator determinante ao sono dessa população está relacionado ao período cursado, já que os primeiros semestres são demarcados por uma fase de transição na vida acadêmica demandando adaptação em três domínios centrais, sendo eles, adaptação acadêmica, integração social e autonomia, destacando-se a independência parenteral. (Ferreira *et al.*, 2017; Kang & Chen, 2009; Araújo *et al.*, 2016; Dotto, 2019). Já nos últimos anos do curso os estudantes se deparam com cargas horárias mais extensas, contato com pacientes graves, formação de grupos e rotinas instáveis, o que são potenciais estressores e podem acarretar problemas relacionados ao sono. (Lima; Domingues; Cerqueira, 2006)

Estudos recentes acerca do padrão de sono dos estudantes de medicina indicam que este é insuficiente em duração, bem como irregular com início tardio e sonolência diurna (Abdulghani *et al.*, 2012). Este ciclo caracteriza-se por tempo de sono reduzido durante a semana, demarcado por privação do sono REM o qual é importante na consolidação da memória, e com tempo de sono aumentado aos finais de semana, além disso, sono

irregular que se inicia mais cedo nos dias de semana (Pereira *et al.*, 2020; Gomes, 2006).

O PBL (Problem Based Learning) é uma metodologia ativa adotada em algumas instituições do país, esta volta-se à discussão de problemas e tem como principal característica o estudante como responsável pelo seu aprendizado. O professor passa a ser um facilitador do processo e o problema é o elemento de estudo que integra conteúdos e a base da discussão em grupo. Esse método de ensino está associado a dificuldades de adaptação, estresse, ansiedade e distúrbios do sono. (Torres; Sampaio; Caldeira, 2019; Pereira *et al.*, 2020). Essa postura proativa, que o método demanda foi associada a redução no tempo de sono e sonolência diurna excessiva, já que alguns estudantes utilizam desse tempo para concluir seus estudos, que são algumas vezes incompatíveis com seu cronograma. (Santos *et al.*, 2018)

### **3 OBJETIVOS**

Avaliar a qualidade de sono dos estudantes de medicina de uma universidade com metodologia ativa de ensino no interior de São Paulo.

#### **3.1 Objetivos específicos**

Comparar a qualidade de sono nos diferentes ciclos de ensino aprendizagem (básico, intermediário e internato);

Quantificar horas de sono e correlacioná-lo à qualidade deste;

Avaliar diferenças na qualidade de sono de acordo com idade e sexo;

Identificar fatores externos que afetam a qualidade de sono;

Reconhecer correlação entre a quantidade de horas de sono e atividades extracurriculares exercidas;

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

O presente estudo tem caráter transversal, observacional, descritivo com levantamento de dados e abordagem quantitativa.

### **4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

A pesquisa engloba estudantes regularmente matriculados entre o 1º e o 6º ano da graduação no curso de medicina, de uma instituição pública de Ensino Superior no município de Franca, interior de São Paulo, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Serão excluídos da pesquisa acadêmicos com emprego formal, estudantes que já tomavam alguma medicação para o sono antes de iniciar o curso e alunos que não formalizarem o aceite do TCLE, ou com alguma dificuldade cognitiva.

### **4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Serão utilizados como instrumentos de coleta de dados: Ficha de identificação, Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR) e Escala de Sonolência de Epworth (ESE).

A ficha de identificação (Apêndice A) compreende dados pessoais, sociodemográficos e acadêmicos, como idade, sexo, ano acadêmico, participação de atividades extracurriculares, vínculo empregatício, uso de medicações para dormir antes e após o egresso no curso, uso de substâncias estimulantes, dados habitacionais e diagnóstico de doença psiquiátrica.

O PSQI-BR (Anexo A) visa analisar a qualidade de sono por meio de 19 questões auto avaliativas e 5 questões analíticas respondidas pela pessoa que compartilha quarto com o participante, se houver. Essas 5 perguntas, foram retiradas do questionário devido à privacidade da pesquisa. As demais questões se subdividem em 7 componentes, graduados em escores que variam de 0-3. Esses componentes são: qualidade do sono subjetivo, latência do sono, duração de sono, eficiência do sono atual, distúrbios do sono, uso de medicação indutora de sono e disfunção diurna. O score final desse teste pode variar de 0-21 pontos, sendo que um escore global superior a 5 pontos são indicativos de qualidade ruim de sono, já valores superiores a 15 pontos indicam distúrbio severo do sono.

Já o questionário ESE (Anexo B), avalia a sonolência do estudante durante o dia. Este é composto por 8 perguntas acerca da chance de cochilar ao realizar determinadas atividades, a avaliação geral é composta por escores que variam de 0 (não cochilaria nunca) a 3 pontos (grande chance de cochilar), assim, somatória entre 1 e 6 pontos correspondem a um sono normal, entre 7 e 8 pontos sonolência moderada e superiores a 9 sonolência anormal.

---

#### **4.5 PLANO DE RECRUTAMENTO**

---

Inicialmente foi realizado o contato com a instituição de Ensino Superior do município de Franca- SP, a fim de se obter autorização para realização do estudo em suas dependências. Foi encaminhada uma Carta de Apresentação do estudo contendo os objetivos do mesmo, bem como a forma de coleta de dados e a privacidade da pesquisa.

Uma vez obtida a referida autorização da instituição de ensino, o projeto em questão foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com parecer de aprovação CAAE: 77351724.1.0000.5495 (Anexo C).

Em seguida, a aplicação do questionário será por conveniência previamente às aulas em que os estudantes se encontram agrupados, entre abril e maio de 2024, por meio de formulários do Google (Google Forms), para maior abrangência. A abordagem ocorrerá ao início das atividades curriculares, de explanação teórica denominadas Conferências médicas, onde os acadêmicos encontram-se de forma obrigatória reunidos na íntegra por períodos. Essa abordagem acontecerá após autorização prévia do docente responsável pelo horário, este receberá uma solicitação com explicação prévia do projeto via e-mail com pelo menos uma semana de antecedência. Neste momento, a pesquisadora entrará em contato com os possíveis participantes, abordando toda a sala em conjunto, apresentando o projeto e retirando dúvidas acerca do mesmo. Será formalizado o convite para participação e dadas as orientações em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, ficha de identificação, o índice de qualidade de sono de Pittsburgh e a escala de sonolência de Epworth.

Após a exposição do projeto à classe abordada, sanada as dúvidas acerca do mesmo e convite para participação pela pesquisadora, esta irá projetar por meio de apresentação de slides um QR code que dá acesso ao formulário digital do Google

(Google Forms), assim, apenas após orientações da pesquisadora será dado acesso ao TCLE e questionários. A pesquisadora irá apresentar a pesquisa e QR code em todas as turmas entre o 1º e o 6º ano do curso de medicina da Instituição de Ensino (IES) em que a pesquisa está vinculada, previamente às aulas.

Após escanear o QR code em questão os participantes serão redirecionados à plataforma de formulários do Google (Google Forms), ao abrir o mesmo se deparam com o TCLE, e apenas após aceite desse conseguem prosseguir para a ficha de identificação, índice de qualidade de sono de Pittsburgh e escala de sonolência de Epworth. Os participantes serão orientados a ler o TCLE, e que apenas após a leitura e aceite formal do mesmo conseguirão prosseguir para os demais documentos que serão encaminhados em conjunto no formulário. Sendo ainda orientados de que, podem discordar dos esclarecimentos contidos no TCLE, e que o não aceite deste está isento de prejuízos ao convidado, portanto, ele não terá acesso aos demais questionários.

O TCLE constará os riscos e benefícios da pesquisa, além de interesses do estudo, destino dos dados, o contato da pesquisadora caso o participante deseje se desligar da pesquisa, deixará explícito ainda que a participação é voluntária e resguardando a privacidade.

#### **4.6 ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados reunidos serão tabulados para análise quantitativa e qualitativa, inicialmente serão compilados em planilha, tabelas e gráficos criados pelo *software Microsoft Office Excel*, para tratamento estatístico por meio do *IBM Statistical Package for Social Science*. A análise estatística dos dados coletados será realizada de acordo com o comportamento destes.

Serão avaliados dados apenas de questionários preenchidos por completo e com TCLE devidamente assinado. Os potenciais fatores de confusão dos dados são duplicidade da resposta, mudança no padrão de sono durante diferentes períodos letivos, uso de substâncias estimulantes. Buscando-se evitar duplicidade da resposta será coletado número de matrícula.

#### **4.7 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto em questão será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) do Centro Universitário Municipal de Franca/Uni-FACEF antes de sua implementação. A pesquisa é guiada por aspectos éticos, conforme as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assegurado que a pesquisa de campo só foi iniciada apenas após sua aprovação.

Os dados coletados serão transferidos para o dispositivo eletrônico privado da pesquisadora, o qual é protegido por senha, e deletados da plataforma de formulários do google, visando a proteção de dados. Esses serão arquivados por 05 anos após o término da pesquisa, após esse período serão deletados.

O TCLE será disponibilizado a todos os participantes para análise e assinatura para que participem da pesquisa.

#### **4.8 RISCOS DA PESQUISA**

A pesquisa não acarretará riscos para a população estudada em aspectos moral, ético ou acadêmico. O risco potencial mínimo que acompanha esse estudo é a quebra do sigilo que será minimizada mediante a garantia de privacidade de dados, bem como o anonimato, não sendo questionado o nome do participante, fornecendo apenas seu número de matrícula, uma

vez que esse será utilizado para evitar duplicidade e é dado não fornecido pela instituição de ensino, assim, não pode ser acessado por nenhum aluno ou pesquisador.

Em caso de vazão de dados e perda do sigilo de pesquisa, será comunicado imediatamente ao CEP/CONEP. Além disso, assistência integral será prestada ao participante referente aos danos e complicações decorrentes da pesquisa, sendo direito deste a indenização por parte do pesquisador e retirada do projeto imediatamente caso cause quaisquer situações de exposição indevida e constrangimento.

#### **4.9 BENEFÍCIOS DA PESQUISA**

Os benefícios que a pesquisa trará estão correlacionados ao entendimento do sono pelo próprio pesquisado e fatores externos que atuam sobre este, incentivar a abordagem e reflexão sobre o sono do estudante nas instituições de ensino, propor hábitos de higiene do sono e que propiciem melhora na qualidade de vida.

### **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo encontra-se em desenvolvimento, estando este na fase de levantamento de dados. Baseando-se na literatura a cerca do tema apresentado, há privação de sono nessa população, portanto, espera-se encontrar prejuízos na qualidade de sono dos estudantes avaliados. (Purim *et al.*, 2016; Cardoso *et al.*, 2009; Medeiros; Roma; Matos, 2021.)

Além disso, espera-se encontrar fatores exógenos e estressores que afetam na qualidade de sono dos mesmos, e padrões heterogêneos nas diferentes etapas do ensino aprendizagem, que de acordo com estudos avaliados correlatam

ser pior no primeiro e nos dois últimos anos do curso, esses estudos dizem respeito ainda a piora dessa de acordo com as atividades exercidas. (Corrêa *et al.*, 2017; Segundo *et al.*, 2017).

Os dados obtidos serão divulgados para os participantes da pesquisa e para a instituição onde os dados foram coletados por meio de uma cartilha educativa que visa propor meios de intervenção nos fatores estressores que interferem no sono, para que ocorram melhoras no seu padrão e na qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ABDULGHANI, H. M. *et al.* Sleep disorder among medical students: Relationship to their academic performance. *Medical Teacher*, v. 34, n. sup1, p. S37–S41, 12 mar. 2012.
- ALÓE, F.; AZEVEDO, A. P. DE; HASAN, R. Mecanismos do ciclo sono-vigília. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. suppl 1, p. 33–39, maio 2005.
- ARAÚJO, A. M. *et al.* Dificuldades antecipadas de adaptação ao Ensino Superior: Um estudo com alunos do primeiro ano. *repositorium.sdum.uminho.pt*, 2016.
- ARAÚJO, M. F. M. DE *et al.* Avaliação da qualidade do sono de estudantes universitários de Fortaleza-CE. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 22, p. 352–360, 1 jun. 2013.
- CARDOSO, H. C. *et al.* Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 3, p. 349–355, set. 2009.
- DE CASTRO CORRÊA, C. *et al.* Sleep quality in medical students: a comparison across the various phases of the medical course. *J Bras Pneumol*, v. 43, n. 4, p. 285–289, 2017.
- DOTTO, F. I. Relação das características do sono no desempenho acadêmico. *rd.uffs.edu.br*, 18 jun. 2019.
- FERNANDES, R. M. F. O SONO NORMAL. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 39, n. 2, p. 157–168, 30 jun. 2006.

FERRARA, M.; DE GENNARO, L. How much sleep do we need? *Sleep Medicine Reviews*, v. 5, n. 2, p. 155–179, abr. 2001.

KANG, J.-H.; CHEN, S.-C. Effects of an irregular bedtime schedule on sleep quality, daytime sleepiness, and fatigue among university students in Taiwan. *BMC Public Health*, v. 9, n. 1, 19 jul. 2009.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Qualidade do sono em estudantes de medicina de uma universidade do Sul do Brasil. *Conexão Ciência (Online)*, v. 12, n. 1, p. 78–85, 4 maio 2017.

LIMA, M. C. P.; DOMINGUES, M. DE S.; CERQUEIRA, A. T. DE A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista de saúde pública*, v. 40, n. 6, p. 1035–1041, 2006.

MARTINI, M. et al. Fatores associados à qualidade do sono em estudantes de Fisioterapia. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 19, n. 3, p. 261–267, set. 2012.

MEDEIROS, G. J. M.; ROMA, P. F.; MATOS, P. H. M. F. P. DE. Qualidade do sono dos estudantes de medicina de uma faculdade do sul de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 45, n. 4, 2021.

PEREIRA, F. Z. et al. Estresse e sono em estudantes de medicina / Stress and sleep in medical students. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 6, p. 16858–16870, 24 nov. 2020.

PURIM, K. S. M. et al. Sleep deprivation and drowsiness of medical residents and medical students. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 43, n. 6, p. 438–444, dez. 2016.

SANTOS, H. D. H. et al. A qualidade do sono de estudantes de PBL é pior que a de estudantes do método tradicional ? *Anais do Workshop de Boas Práticas Pedagógicas do Curso de Medicina*, v. 2, 3 set. 2018.

SEGUNDO, L. V. G. et al. Aspectos relacionados à qualidade do sono em estudantes de medicina / features related to quality of sleep in medical students. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, v. 21, n. 3, 2017.

SPINA-FRANÇA, A. Sono: estudo abrangente. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 54, n. 4, p. 718–719, dez. 1996.

TORRES, V.; SAMPAIO, C. A.; CALDEIRA, A. P. Ingressantes de cursos médicos e a percepção sobre a transição para uma aprendizagem ativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, 2019.

## **APÊNDICE A - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**

## Dados do participante

### Dados Pessoais

Número de matrícula \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Período que está cursando

1°  3°  5°  7°  9°  11°

### Dados Acadêmicos

Atividades extracurriculares que exerce:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Nenhuma        | <input type="radio"/> Centro acadêmico     |
| <input type="radio"/> Liga Acadêmica | <input type="radio"/> Iniciação Científica |
| <input type="radio"/> IFMSA Brasil   | <input type="radio"/> Projetos de extensão |
| <input type="radio"/> Monitoria      | <input type="radio"/> Outros: _____        |

### Dados relevantes à pesquisa

Possui algum vínculo empregatício?  SIM  NÃO

Faz uso de alguma medicação para dormir?  SIM  NÃO

Se sim, já fazia uso antes do egresso no curso?  SIM  NÃO

Faz uso de alguma substância estimulante?

SIM. Qual? \_\_\_\_\_  NÃO

Você pratica alguma atividade física?

SIM. Qual? \_\_\_\_\_  NÃO

## Anexo A - PSQI-BR

## Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o **último mês** somente. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama a noite?

hora usual de deitar:

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir a noite?

número de minutos:

3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?

hora usual de levantar?

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Esta pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

Horas de sono por noite:

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade para dormir porque você:

- A) não conseguiu adormecer em até 30 minutos

1 = nenhuma no último mês      2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana      4 = três ou mais vezes na semana

- B) acordou no meio da noite ou de manhã cedo

1 = nenhuma no último mês      2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana      4 = três ou mais vezes na semana

- C) precisou levantar para ir ao banheiro

1 = nenhuma no último mês      2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana      4 = três ou mais vezes na semana

- D) não conseguiu respirar confortavelmente

1 = nenhuma no último mês      2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana      4 = três ou mais vezes na semana

- E) tossiu ou roncou forte

1 = nenhuma no último mês      2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana      4 = três ou mais vezes na semana

- F) Sentiu muito frio  
1 = nenhuma no último mês      2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana      4 = três ou mais vezes na semana
- G) sentiu muito calor  
1 = nenhuma no último mês      2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana      4 = três ou mais vezes na semana
- H) teve sonhos ruins  
1 = nenhuma no último mês      2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana      4 = três ou mais vezes na semana
- I) teve dor  
1 = nenhuma no último mês      2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana      4 = três ou mais vezes na semana
- J) outras razões, por favor descreva: \_\_\_\_\_  
1 = nenhuma no último mês      2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana      4 = três ou mais vezes na semana

6. Durante o último mês como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral:

- Muito boa    Boa    Ruim    Muito ruim

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar

- 1 = nenhuma no último mês      2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana      4 = três ou mais vezes na semana

8. No último mês, que frequência você teve dificuldade para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos)

- 1 = nenhuma no último mês      2 = menos de uma vez por semana  
3 = uma ou duas vezes por semana      4 = três ou mais vezes na semana

9. Durante o último mês, quão problemático foi pra você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

- Nenhuma dificuldade       Um problema leve  
 Um problema razoável       Um grande problema

10. Você tem um parceiro (a), esposo (a) ou colega de quarto?

- A) Não  
B) Parceiro ou colega, mas em outro quarto  
C) Parceiro no mesmo quarto, mas em outra cama  
D) Parceiro na mesma cama

## Anexo B - ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH

### Escala de Sonolência de Epworth

Classificar as situações associadas à sonolência:

**Sentar e ler**

- Nenhuma chance de cochilar (0 pontos)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

**Assistir à TV**

- Nenhuma chance de cochilar (0 pontos)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

**Ficar sentado, sem fazer nada, em um local público**

- Nenhuma chance de cochilar (0 pontos)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

**Ficar sentado, por uma hora, como passageiro em um carro**

- Nenhuma chance de cochilar (0 pontos)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

**Deitar à tarde para descansar**

- Nenhuma chance de cochilar (0 pontos)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

**Sentar e conversar com outra pessoa**

- Nenhuma chance de cochilar (0 pontos)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

**Sentar, em silêncio, depois do almoço (sem ingestão de álcool)**

- Nenhuma chance de cochilar (0 pontos)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

**Sentado em um carro, parado por alguns minutos por causa de trânsito**

- Nenhuma chance de cochilar (0 pontos)
- Leve chance de cochilar (1 ponto)
- Chance moderada de cochilar (2 pontos)
- Alta chance de cochilar (3 pontos)

## Anexo C – FICHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Continuação do Parecer: 6.794.426

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há óbices éticos para a realização da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O parecer do relator foi acatado, projeto aprovado. O relatório final deverá ser entregue até a data especificada no cronograma. Que continuem sendo cumpridas as determinações das Resoluções CNS.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2268170.pdf	21/03/2024 17:30:05		Aceito
Outros	RESPOSTA_PENDENCIAS_CEP.pdf	21/03/2024 17:24:25	STELLA PAULA DE QUEIROZ	Aceito
Outros	ANEXO_IV.pdf	21/03/2024 17:21:23	STELLA PAULA DE QUEIROZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_QUALIDADE_SONO_CEP.pdf	21/03/2024 17:20:22	STELLA PAULA DE QUEIROZ	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_CEP.pdf	21/03/2024 17:15:33	STELLA PAULA DE QUEIROZ	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/03/2024 17:13:13	STELLA PAULA DE QUEIROZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/03/2024 17:12:26	STELLA PAULA DE QUEIROZ	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_cep.pdf	03/02/2024 14:58:50	STELLA PAULA DE QUEIROZ	Aceito
Outros	Anexo_III.pdf	04/01/2024 17:54:49	STELLA PAULA DE QUEIROZ	Aceito
Outros	Anexo_II.pdf	04/01/2024 17:54:29	STELLA PAULA DE QUEIROZ	Aceito
Outros	anexo_I.pdf	04/01/2024 17:54:08	STELLA PAULA DE QUEIROZ	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	04/01/2024 17:49:28	STELLA PAULA DE QUEIROZ	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Av. Dr.Armando Salles de Oliveira, 201  
**Bairro:** Parque Universitário **CEP:** 14.404-600  
**UF:** SP **Município:** FRANCA  
**Telefone:** (16)3711-8904 **Fax:** (16)3711-8829 **E-mail:** cepe@unifran.edu.br

## **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE SAÚDE: Facilidades e Limitações**

Sabrina Vieira Barbosa  
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF  
vieirabarbosasabrina@gmail.com

Dra<sup>a</sup> Marcia Aparecida Giacomini  
Doutora em Ciências e docente no  
Departamento de Enfermagem – Uni-FACEF  
marciagiacomini@facef.br

### **1. INTRODUÇÃO**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) surge dentro do processo de regulamentação da atuação do enfermeiro pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e tem como objetivo favorecer a implantação do Processo de Enfermagem (PE), um sistema de raciocínio lógico do profissional sobre seu papel para cada paciente, família ou comunidade no momento de decidir os Diagnósticos de Enfermagem (DE) mais relevantes e escolher resultados de impacto e intervenções eficazes. O trabalho de enfermagem depende de uma construção de conhecimentos e práticas, a fim de que a assistência de enfermagem seja desenvolvida de forma segura voltada às necessidades do paciente, sendo a SAE, fundamental em sua prática profissional (CHANES, 2018).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é regulamentada no Brasil pela Resolução nº 358/2009 (COFEN, 2009), a qual preconiza que a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ocorrer em todas as unidades de atendimento à saúde que ofereçam assistência de enfermagem (BARRETO, 2020). Uma atualização foi emitida pelo

COFEN em 17 de janeiro de 2024, a Resolução 736/24, que determina a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em todo contexto socioambiental no qual ocorram cuidados prestados por enfermeiros, técnicos e auxiliares. A normativa atualiza a Resolução 358/2009, se adequando às novas perspectivas da profissão e delimitando seu escopo de aplicação na prática (COFEN, 2024).

Entre as mudanças, a Resolução estabelece uma diferenciação conceitual entre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem. Adicionalmente, o documento modifica as fases de organização do Processo de Enfermagem, que agora compreendem a avaliação, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a evolução. A atualização também delimita as responsabilidades competentes a cada membro da equipe de enfermagem, reforçando que é privativo do enfermeiro os diagnósticos e prescrição dos cuidados, e cabe aos técnicos e auxiliares de enfermagem a implementação do cuidado prescrito, anotação de enfermagem e checagem pós execução, sob a supervisão do enfermeiro (COFEN, 2024).

Pela Resolução nº 358/2009, o Processo de Enfermagem compreende cinco etapas: coleta de dados (ou histórico), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, e como supracitado, a normativa 736/24 reorganiza o Processo de Enfermagem, que agora compreendem a avaliação, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a evolução. Estas etapas são descritas de forma separada e seguindo uma sequência, porém, todas são interdependentes (COFEN, 2024).

A aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem tem sido um grande desafio para os enfermeiros na prática profissional, embora seja uma metodologia científica compreendida como um conteúdo/ação que organiza o trabalho do

enfermeiro e favorece a lógica do saber, voltada para o âmbito individual, familiar e da comunidade que possibilita a operacionalização do Processo de Enfermagem. Estes conceitos traçam o cuidado de enfermagem em sua sistematização, organizando as ações de enfermagem (CABALLERO, 2020).

Estudos apontam que fatores individuais e gerenciais podem afetar a implementação desse método. Dentre os fatores individuais, destaca-se a falta de conhecimento do conceito de Processo de Enfermagem. O pouco conhecimento também se mostrou fortemente ligado à falta de desejo dos enfermeiros de implementar o Processo de Enfermagem na prática clínica. Os fatores gerenciais identificados foram a escassez ou ausência de infraestrutura, o sistema de documentação incompleto, a elevada carga de trabalho da enfermagem, a escassez de recursos humanos, a deficiência de treinamento em serviço, dentre outros fatores (LOTFI, 2019).

### **1.1 Justificativa**

O interesse em desenvolver pesquisa acerca da temática surgiu da necessidade de conhecer a operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem por meio da aplicação do Processo de Enfermagem (PE) nos serviços de saúde de um município do interior do estado de São Paulo, já que, a partir da Resolução nº 736/24 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a implantação da sistematização da assistência de enfermagem é obrigatória em todos os contextos socioambientais em que se aplica o cuidado da enfermagem.

Sabe-se que existe uma dicotomia entre a teoria e a prática na operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, embora os enfermeiros, de maneira geral, reconheçam a SAE, há tanto profissionais que apresentam uma visão limitada e restrita, quanto os que compreendem a Sistematização da Assistência de Enfermagem de maneira ampla e

a consideram um instrumento de organização que facilita o processo de trabalho (BOAVENTURA; SANTOS; DURAN, 2017).

O processo de enfermagem (PE) possibilita um registro legal e indispensável na prática, pois o registro em prontuário permite a continuidade da assistência com transparência tendo um respaldo da qualidade do cuidado e efetivação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (RIBEIRO, 2015). O enfermeiro é responsável pela sistematização do processo de enfermagem, pelo diagnóstico, planejamento, organização, implementação, execução e avaliação. Os técnicos e auxiliares de enfermagem também podem colaborar com o planejamento da assistência de enfermagem, embora atuem de forma restrita (CRUZ; ALMEIDA, 2010; FIGUEIRA et al., 2018).

Diante disso, emergiram os questionamentos: como os enfermeiros que atuam em instituições públicas de assistência à saúde no município em questão, compreendem a Sistematização da Assistência de Enfermagem e quais os desafios enfrentados para sua implementação? Pretende-se com este estudo ampliar conhecimentos sobre a aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos serviços de saúde em um município no interior do estado de São Paulo, assim como, subsidiar reflexão que possa contribuir para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo enfermeiro, de modo a ampliar o conhecimento a respeito do que foi produzido cientificamente e da relevância da Sistematização da Assistência de Enfermagem para a prática profissional.

## **1.2 Objetivos**

### **OBJETIVO GERAL**

Analisar os desafios para operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem na atuação do

enfermeiro em serviços de saúde da rede pública de um município do interior de São Paulo.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Entender a percepção do profissional enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem;

Identificar as limitações e facilidades enfrentadas pelos enfermeiros para implementar a sistematização da assistência de enfermagem em sua rotina de trabalho;

Identificar como se dá a operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem nos serviços de saúde da rede pública de um município do interior de São Paulo.

### **1. Material e método**

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem mista. Os estudos de métodos mistos destacam a integração de abordagens quantitativas e qualitativas em uma mesma pesquisa, o que possibilita uma análise mais completa e abrangente do objeto de investigação (SANTOS et al., 2017).

O estudo será desenvolvido com enfermeiros que atuam na assistência em diferentes contextos da rede municipal de atenção à saúde em um município do interior do estado de São Paulo, que possuam vínculo empregatício e tempo de atuação na assistência superior há um ano. Serão excluídos os profissionais enfermeiros afastados por qualquer motivo, em período de férias, que não estejam vinculados a um serviço de saúde e enfermeiros com menos de um ano de atuação.

Foi construído pela pesquisadora um instrumento estruturado com questões pertinentes (APÊNDICE 1), em consonância com os objetivos propostos, que está sendo avaliado em face e conteúdo, por três juízes, enfermeiros que atuam na

docência no ensino superior de Enfermagem, que ministram disciplinas na temática deste estudo, recrutados por conveniência, esclarecendo os objetivos do estudo e detalhes do projeto, mediante o aceite de participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para juízes (APÊNDICE 2).

Os enfermeiros participantes do estudo serão recrutados pela técnica *bola de neve*, na qual solicita-se a um enfermeiro atuante em um serviço de saúde do município, que atenda aos critérios de inclusão do estudo, a indicação de outros três que igualmente atendam aos mesmos critérios e assim, sucessivamente (COSTA, 2018). Ou seja, o pesquisador inicialmente identifica um enfermeiro atuante em um dos pontos de atenção da rede de saúde do município, que será a primeira pessoa a ser convidada a participar do estudo e solicita que ele indique outros possíveis enfermeiros participantes, aos quais será solicitada novas indicações e assim por diante.

Os enfermeiros indicados serão convidados a participar da pesquisa, esclarecendo os objetivos do estudo e após o aceite de participação, será fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que após assinado pelo participante será arquivado pelas pesquisadoras, bem como fornecido uma via assinada pelas pesquisadoras para ficar de posse do participante.

A entrevista será previamente agendada de acordo com a disponibilidade do participante e será realizada em local que lhe seja conveniente resguardando sua privacidade, será gravada em áudio, mediante o seu consentimento, seguindo o instrumento estruturado, com o uso de um gravador, para serem transcritas posteriormente para análise, sob a guarda da pesquisadora. As entrevistas serão identificadas por um número arábico sequencial, de modo a manter o sigilo do participante.

Os dados quantitativos serão analisados por meio de estatística descritiva, após planilhamento dos dados em *Microsoft Excel*®, a análise de dados absolutos e percentuais de respostas serão analisados por meio de estatística descritiva, e os dados qualitativos serão agrupados e analisados por similaridade e análise de conteúdo, segundo Bardin (2011).

O estudo será desenvolvido atendendo à resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca CAAE nº77344023.5.0000.5384. Aos participantes que aceitarem participar do estudo será apresentado e fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3), que após assinatura serão armazenados fisicamente pela pesquisadora em pastas exclusivas para esta finalidade.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que, por meio de normas e regras profissionais, orienta o trabalho profissional, começou a ser implantada nas décadas de 1920 e 1930 por enfermeiros nos Estados Unidos e Canadá, nas instituições de ensino introduzidos em formato de estudo de casos (NEVES, 2020).

O processo do cuidar em Enfermagem tem sido contestado desde a década de 1950 e, por essa razão, a categoria de enfermagem avança com o crescimento da ciência buscando a valorização da profissão. A luta da categoria se reflete nas políticas de saúde, desde as décadas de 1960 e 1970, quando privilegiavam a prática curativa, individual e especializada e a assistência previdenciária, acarretando a lógica da expansão, direcionando o mercado de trabalho e o ensino de enfermagem para a área hospitalar (BEZERRA et al, 2020).

Durante o período de ampliação da assistência hospitalar, com ênfase nas práticas curativas, estimulou a categoria de enfermagem pela valorização profissional, que se inseriu no planejamento da assistência, buscando o embasamento científico no processo de trabalho do enfermeiro. No contexto histórico e social do Brasil, a legitimação do exercício profissional se deu a partir das demandas econômicas, sociais e políticas com pouca visibilidade da sociedade usuária desse atendimento de enfermagem (BIZERRA et al, 2020).

De acordo com um estudo feito por Oliveira *et al*, em 2018, *“dos 596 pesquisados, 86% perceberam a Sistematização da Assistência de Enfermagem como muito importante, mas somente 60,9% a utilizaram em sua prática assistencial. A utilização teve associação estatística com maior nível de formação”*. Ou seja, profissionais que buscam a titulação de pós-graduação/mestrado, por exemplo, têm mais êxito em cumprir com a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem em sua rotina assistencial.

### **3.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem**

Sistematização se refere a reunir elementos em um sistema; dar ordem ou estrutura de sistema; fazer um apanhado de ideias, conceitos etc., transformando-os num corpo doutrinário coerente; fazer com que algo ou si mesmo se torne sistemático, metódico.

Segundo a Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aponta que a Sistematização da Assistência de Enfermagem é um conceito mais amplo e diferente do processo de enfermagem. Essa resolução afirma que a SAE *“organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE”* e define Processo de Enfermagem como *“um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem*

*e a documentação da prática profissional*". Em outras palavras, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é compreendida como todo conteúdo/ação que organize o trabalho profissional do enfermeiro, com base teórico-filosófica (SILVA, 2017).

No que diz à temática da SAE e ao uso do termo, ele tem sido associado a outros termos, como "Consulta de Enfermagem, Metodologia da Assistência de Enfermagem, Metodologia do Cuidado de Enfermagem, Planejamento da Assistência de Enfermagem, Processo de Assistência de Enfermagem, Processo de Atenção em Enfermagem, Processo de Cuidar em Enfermagem, Processo de Enfermagem e Processo do Cuidado de Enfermagem (GARCIA, 2009).

A SAE é um conceito formado a partir de diversos processos de estudo acumulados e das grandes Teorias de Enfermagem. Inclusive, houve uma acentuação de estudos produzidos sobre essa temática e, conforme vários autores se propuseram a estudar esse tema, o conceito foi se tornando difuso e impreciso. Para possibilitar a organização do trabalho da enfermagem, a SAE possui três pilares fundamentais, que tornam viável a operacionalização do PE: o método científico, o dimensionamento de pessoal e os instrumentos (NEVES, 2020).

Através da premissa de relacionar a SAE a outros sinônimos, o estudo de Gutierrez e Moraes aponta a "Sistematização da Enfermagem como um fator com grande potencial fortalecedor da identidade e valorização profissional". Porém, a supracitada imprecisão se coloca como um empecilho, uma vez que divergências teóricas impactam na compreensão e no embasamento das práticas (NEVES *apud* GUTIERREZ e MORAIS, 2020, p. 20).

Em janeiro de 2024, o Cofen divulgou a resolução N° 736/24 que *“dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o*

*cuidado de enfermagem*”; promovendo delineamento conceitual da SAE e do Processo de Enfermagem, na tentativa de excluir concepções imprecisas do termo.

Consideramos a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como todo o planejamento registrado da assistência que abrange, desde a criação e implantação do manual de normas e rotinas das unidades à descrição padronizada dos procedimentos técnicos até, finalmente, a adoção do processo de enfermagem (NEVES apud AQUINO e LUNARDI FILHO, 2004, p. 61).

Por conseguinte, podemos dizer, de forma simples e didática, que tudo começa pela SAE, continua e termina pelo processo de enfermagem. Aqui ainda podemos exemplificar esses dois conceitos de forma resumida: SAE é o sistema ou método geral de organização/gerenciamento do cuidado de enfermagem; e processo de enfermagem são as etapas de implementação do processo para o cuidado/assistência de enfermagem (NEVES,2020). Posteriormente, em suas fases de implantação, vem a adoção de Teorias de Enfermagem e da execução das etapas do processo de enfermagem na prática diária e contínua do trabalho da equipe de enfermagem.

### **3.2 O processo de enfermagem**

Ainda de acordo com a resolução nº 358/09 do Cofen, define o PE como o “instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional”, o mesmo é dividido em 5 etapas sistemáticas e interdependentes: Avaliação de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e evolução de enfermagem, e segundo o Art. 6º da resolução nº 736 de 2024: “Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto nº 94.406, de 08

*de junho de 1987, no processo de enfermagem cabe-lhe privativamente o Diagnóstico de Enfermagem e a Prescrição de Enfermagem.”*

A expressão *Processo de Enfermagem* (PE) foi empregada pela primeira vez em 1961, por Ida Orlando, para tratar do cuidado de enfermagem. O PE é uma ferramenta utilizada mundialmente desde seu início, em meados da década de 50-60, nos Estados Unidos e Canadá e, posteriormente, na prática clínica, na década de 70, tem se demonstrado um guia norteador dos cuidados de enfermagem (Huitzi-Egilegor, 2014). Nessa época, o ensino nas escolas de enfermagem era baseado na solução de problemas, destacando-se a importância da coleta sistemática e análise de dados. Nesse período, Faye Abdellah, apresentou a lista dos 21 problemas que deveriam ser o foco do cuidado de enfermagem, e a lista das 14 áreas de necessidades humanas básicas, descrita por Virgínia Henderson, ambos em 1960.

No Brasil, o emprego da sistematização das ações da Sistematização das ações de Enfermagem se fortaleceu a partir da publicação do livro “Processo de Enfermagem”, de Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970.

O modelo conceitual de Horta se apoia na Hierarquia das Necessidades de Maslow, que explora como as diferentes necessidades humanas influenciam o comportamento. Essa hierarquia sugere que algumas necessidades são mais fundamentais do que outras, e os enfermeiros podem usar essa teoria para entender e abordar as necessidades dos pacientes de forma adequada, priorizando as mais básicas antes de lidar com as mais complexas (NEVES, 2006).

O método beneficia tanto o paciente, por possibilitar um cuidado integral, seguro, individualizado e eficaz, atendendo suas necessidades, quanto aos enfermeiros, ao permitir o

desenvolvimento do raciocínio clínico e científico, colaborando na autonomia e cientificidade da profissão (SILVA,2020).

O processo de enfermagem é uma abordagem baseada no método científico, envolvendo a execução de ações sistematizadas para oferecer assistência ao ser humano. Uma etapa fundamental desse processo, chamada de Histórico de Enfermagem, é descrita por Horta como um roteiro sistemático para coletar dados relevantes sobre o indivíduo, família ou comunidade. Essa etapa é crucial para identificar problemas e alcançar um diagnóstico de enfermagem preciso (NEVES, 2006).

Na execução das etapas do PE referentes ao diagnóstico, à intervenção e ao resultado (elementos básicos da prática de enfermagem), os sistemas de classificação de enfermagem podem ser utilizados como ferramentas de auxílio e qualificação. Estes apresentam e classificam termos padronizados, que refletem o significado dos fenômenos comuns na prática clínica da enfermagem. Hoje, existem diversas classificações de termos de enfermagem, tais como as taxonomias da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), a Nursing Interventions Classifications (NIC) e a Nursing Outcomes Classification (NOC), que estão entre as mais conhecidas e utilizadas no contexto brasileiro (ALMEIDA,2011).

Cada profissão na área da saúde tem uma maneira de descrever “o que” conhece e “como” age em relação ao que conhece. Os médicos, por exemplo, tratam doenças e usam a Classificação internacional de doenças (CID) para a representação e a codificação dos problemas médicos de que tratam. Psicólogos, psiquiatras e outros profissionais de saúde mental tratam os transtornos mentais e usam o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM) (American Psychiatric Association, 2013). Os enfermeiros, por sua vez, diagnosticam e tratam as respostas humanas a

problemas de saúde e/ou processos da vida e usam a classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA International, Inc. (NANDA-I).

### **3.3 Teorias da enfermagem e o processo de enfermagem**

*Teoria se refere a um conjunto de conceitos logicamente inter relacionados, indicações, proposições e definições, que foram derivados de crenças filosóficas, de dados científicos e das quais questões ou hipóteses podem ser deduzidas, testadas e verificadas. Uma teoria propõe-se a dar respostas a alguns fenômenos ou caracterizá-los (Mcewen, 2011).*

Ao falar sobre a sistematização de enfermagem, é importante aprofundar o tema e discorrer até a raiz do que traz embasamento para a implementação do processo de enfermagem. Entender sobre as Teorias de Enfermagem, é dar sentido ao papel atribuído ao enfermeiro dentro da unidade de saúde, pois sua prática é voltada à retomada da autonomia do indivíduo, a sua recuperação, ao seu bem-estar, ao seu autoconhecimento, são elas que dispõem toda a ciência para desenvolver o cuidado baseado em evidências. A *práxis*, desenvolvida pela enfermagem, vem sendo estruturada em premissas originárias de evidências científicas na busca da qualificação do cuidado de enfermagem.

Esta ciência considera quatro conceitos primordiais: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem. As teorias são compostas por perspectivas, explicações e prescrições de realidades que traduzem o grupo, momento e cultura que as originaram (NEVES, 2020). Dentre as teorias, cabe citar que existem diferentes classificações, sendo a mais utilizada para o processo de enfermagem contemporânea a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, que foi o prelúdio para a Enfermeira brasileira Wanda Aguiar Horta iniciar seus estudos sobre o Processo de Enfermagem.

Para Horta, a assistência de enfermagem deveria embasar-se em uma metodologia científica, que abordasse seis etapas elencadas (Histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados, evolução, prognóstico), propondo uma metodologia para o Processo de Enfermagem, sustentada na busca da satisfação das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

### **3.3.1 A Teoria das Necessidades Humanas Básicas segundo Maslow**

A hierarquia das necessidades de Maslow, proposta pelo psicólogo americano Abraham H. Maslow, baseia-se na ideia de que cada ser humano se esforça muito para satisfazer suas necessidades pessoais e profissionais. É um esquema que apresenta uma divisão hierárquica em que as necessidades consideradas de nível mais baixo devem ser satisfeitas antes das necessidades de nível mais alto. Segundo esta teoria, cada indivíduo tem de realizar uma “escalada” hierárquica de necessidades para atingir a sua plena auto realização (BRASIL, 2023).

Para tanto, Maslow definiu uma série de cinco necessidades do *ser*, dispostas em uma pirâmide, que contemplam os seguintes tópicos:

Necessidades fisiológicas: São aquelas que relacionam-se com o ser humano como ser biológico; Necessidades de segurança: São aquelas que estão vinculadas com as necessidades de sentir-se seguros em diversos aspectos; Necessidades sociais: São necessidades de manter relações humanas com harmonia; Necessidades de estima: Existem dois tipos: o reconhecimento das nossas capacidades por nós mesmos e o reconhecimento dos outros da nossa capacidade de adequação; Necessidades de autorrealização, também conhecidas como necessidades de crescimento, relaciona-se com as necessidades de estima: a autonomia, a independência e o autocontrole (BRASIL, 2023).

As teorias de enfermagem tornam-se o principal guia para a realização do processo de enfermagem, de forma sistemática e organizada, considerando que, por meio delas, o enfermeiro, ao realizar as etapas do processo, irá adotar a visão holística e transcultural do ser, viabilizando um bom prognóstico para o paciente e trazendo sentido para a equipe prestadora do cuidado (NEVES,2020).

### **3. RESULTADOS ESPERADOS**

Sabendo que a sistematização da assistência de enfermagem deve obrigatoriamente ser inserida em diferentes contextos de atenção à saúde, emerge a necessidade de entender como os profissionais enfermeiros a aplicam em seu trabalho, bem como, compreender se existe confusão de termos entre sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e processo de enfermagem, sendo esta, talvez, uma problemática a ser explorada em um novo estudo. De acordo com a revisão na literatura, suscita-se que para a SAE ser efetiva, também existe uma dependência da equipe de enfermagem (Técnicos e Auxiliares), cabe ao enfermeiro realizar evoluções, coleta de dados, prescrição etc., porém, lidando diretamente com o paciente a quem será dirigido os cuidados prescritos.

Mesmo com todas as vantagens descritas no decorrer da revisão bibliográfica, no Brasil, as dificuldades a serem vencidas são grandes e incluem desde o despreparo e a pouca credibilidade dos próprios profissionais na metodologia de trabalho ao tempo para a realização, relacionado a sobrecarga do trabalho, assumindo mais pacientes que as boas práticas preconizam, a falta de material adequado de aplicação e na maçante maioria, a robotização da etapa de diagnósticos, a

deficiência de abordagem nas escolas de formação dos enfermeiros, as atividades burocráticas e administrativas e o número de pessoal.

Acredita-se que os resultados deste estudo possibilitem um diagnóstico local da aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem por meio da identificação de fatores facilitadores e das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para implementação nas instituições de saúde, constituindo-se, desta forma, meios para subsidiar melhorias na prática profissional e, conseqüentemente, na assistência ofertada. Os resultados serão divulgados por meio de apresentação em eventos científicos e publicação em periódico da área.

## REFERÊNCIAS

ABREU, ALMEIDA, et al. Processo de enfermagem na prática clínica [recurso eletrônico] : estudos clínicos baseados na prática do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Artmed, 2011. cap. 1, p. 20-22.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, M. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: a práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte. Rev Esc. Anna Nery, 2020. Disponível em: [https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/pt\\_v24n4a11.pdf](https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/pt_v24n4a11.pdf) Acesso em: 08 Jul 2023.

BARROS ALBL; LOPES JL; SILVA RCG. Classificações de linguagem em enfermagem. In: Coren- SP. Processo de enfermagem: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo-SP: Coren-SP; 2015. cap. 4, p 63-83.

BOAVENTURA, AP; SANTOS, PAdos; DURAN, ECM. Conhecimento teórico-prático do Enfermeiro sobre Processo de Enfermagem e Sistematização de Enfermagem. Enferm. Glob., Murcia , v. 16, n. 46, p.182216, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.247911> Acesso em: 08 Jul 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CABALLERO, SPOS. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária em saúde: diagnóstico situacional na perspectiva de profissionais de enfermagem. 2020. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Atenção Primária em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. doi:10.11606/D.7.2020.tde-25022021-121658. Acesso em: 29 Jun 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 736/24. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/Resolucao-Cofen-no-736-2024-Dispoe-sobre-a-implementacao-do-Processo-de-Enfermagem-em-todo-contexto-socioambiental-onde-ocorre-o-cuidado-de-enfermagem.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2024.

COSTA, BRL. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. RIGS revista interdisciplinar de gestão social v.7 n.1 jan./ abr. 2018 p15-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9771/23172428rigs.v7i1.24649> Acesso em: 25 Jun 2023.

CRUZ AMP, ALMEIDA MA. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP, 2010; 44(4):921-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400009> Acesso em: 01 Jul 2023.

GARCIA, TR, NÓBREGA MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc. Anna Nery. 2009; 13(1):816-8 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100026> Acesso em: 04 Jul 2023.

Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Asurabarrena-Iraola C. Implementação do processo de enfermagem em uma área da saúde: modelos e estruturas de avaliação utilizados. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2014; 22(5):772-7.

Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M, Rezaei ME, Khalilzad MA. The implementation of the nursing process in lower-income countries: an integrative review. Nurs Open 2019;7:42-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.410>. Acesso em: 20 Jan 2024.

Mcewen M, Wills EM. Bases teóricas de Enfermagem. 4ª ed. Garcez RM, tradução. Porto Alegre: Artmed; 2016. 590 p.

NEVES, R. S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev Bras Enferm 2006 jul-ago; 59(4): 556-9.

OLIVEIRA, M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. Rev. Bras Enferm. Brasília, 2019, 72(6), 1547-1553. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606> Acesso em: 10 Fev 2024.

SANTOS, J. L. G. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 26, n. 3, p. e1590016, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016> Acesso em: 08 Jul 2023.

SILVA, O. M., KUCZMAINSKI, A. G., FRIZON, G., ZUNKOWSKI, T. M. T., MACHADO, S. K. K., and PINTO, V. S. Uma construção compartilhada em busca de um modelo para o processo de cuidar em enfermagem. In: ARGENTA, C., ADAMY, E. K., and BITENCOURT, J. V. O. V., eds. Processo de enfermagem: história e teoria [online]. Chapecó: Editora UFFS, 2020, pp. 69-85. Processo de Enfermagem: da teoria à prática collection. ISBN: 978-65-86545-21-0. <https://doi.org/10.7476/9786586545234.0004>. Acesso em: 01 Fev 2024.

Silva MCN. Sistematização da assistência de Enfermagem: desafio para a prática profissional. Enferm Foco. 2017;8(3). doi: 10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1534 » <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1534>

SOUZA, J. F. DE . et al.. Systematization of Nursing Care: how did the concept mature?. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 76, n. 32023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6hdNrRmPs9hVnK4jr9CfZVf/?lang=pt#>. Acesso em: 10 Jan 2024.

## Apêndice A

<b>INSTRUMENTO ESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS</b>	
1- Nome:	
2- Idade:	
3- Reside em qual cidade:	
4- Tempo de formação em anos:	
5- Tempo de atuação em anos:	
6- Sexo:  ( ) Feminino ( ) Masculino  ( ) Não declarado	7- Qual sua escala de trabalho diária? ( ) 06 horas trabalhadas ( ) 08 horas trabalhadas ( ) 12 horas trabalhadas ( ) outro: _____
8- Qual o seu conhecimento em sistemas e/ou instrumentos e/ou ferramentas digitais: ( ) Muito conhecimento ( ) Conhecimento moderado ( ) Consigo utilizar com ajuda ( ) Não tenho nenhum conhecimento	

9- Descreva seu local de trabalho, por ex.: urgência, unidade básica, hospitalar, pronto atendimento etc.
10- Você realizou alguma especialização, pós-graduação, residência ou outro tipo de estudo após a graduação?
11- Quais as suas atribuições na rotina do seu trabalho?
12- Para você, o que é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)?
13- Utiliza a SAE na sua prática assistencial? Justifique-se ( ) Sim ( ) Não
14- Você recebeu formação acadêmica sobre SAE durante a graduação?
15- Como é a implementação da SAE no seu serviço?
16- Sobre as taxonomias da enfermagem, qual(is) você utiliza no Processo de Enfermagem?
17 - Os auxiliares e técnicos de enfermagem seguem a prescrição de enfermagem?
18- O enfermeiro consegue realizar a evolução de enfermagem? Justifique.
19- O serviço dispõe de um sistema específico para desenvolvimento da SAE?
20- Qual etapa da SAE você considera mais frágil em sua execução? Consegue identificar e descrever o motivo?
21- Como são feitos os registros? (em prontuário físico, eletrônico).
22- Você tem dificuldades em implantar a SAE? Comente.

## Apêndice B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - juízes

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a avaliar quanto a face e conteúdo, facilidade de compreensão e adequação ao objetivo proposto, o instrumento para coleta de dados da pesquisa intitulada “**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE SAÚDE: FACILIDADES E LIMITAÇÕES**” desenvolvido pela estudante de Enfermagem, Sabrina Vieira Barbosa, sob orientação da Profa. Dra. Márcia Aparecida Giacomini. O objetivo desta pesquisa é analisar os desafios para operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atuação do enfermeiro em serviços de saúde. O instrumento será direcionador para a entrevista com os participantes, é composto por vinte e duas questões (22) que compreendem identificação sociodemográfica e questões pertinentes à temática e prática profissional. O processo de avaliação, com previsão de duração aproximada de trinta (30) minutos, consiste em análise do instrumento de coleta de dados, entregue em mãos que será realizada em data, local e horário que sejam satisfatórios para você, bem como a emissão de um parecer contendo considerações acerca da pertinência e adequação do instrumento quanto à clareza, aparência, facilidade da leitura, compreensão e utilidade do roteiro para o alcance dos objetivos propostos. Tais considerações serão utilizadas na adequação do instrumento de coleta de dados. De acordo com os preceitos éticos e legais que regem a pesquisa envolvendo seres humanos serão omitidas todas as informações que permitam a sua identificação como juiz. O conteúdo do parecer emitido pelo juiz será utilizado, exclusivamente, com a finalidade de adequar o instrumento de coleta de dados para desenvolver uma pesquisa científica que possa ser divulgada para fins didáticos e em eventos e/ou periódicos científicos. Sabe-se que o tempo necessário para essa avaliação é variável, mas estima-se que você precisará de trinta (30) minutos para a realização dela. Gostaria que a entrega da sua avaliação ocorresse em até 7 dias a partir da data de recebimento do instrumento. Você não terá benefícios diretos por participar desse estudo como juiz e não receberá benefício econômico. Por se tratar de pesquisa que envolve compreender e analisar as questões, pode implicar em risco mínimo de desconforto físico ao avaliar o instrumento, podendo causar cansaço físico e visual, podendo minimizar tais efeitos com pausas a seu critério. Dessa forma, você poderá interromper sua participação a qualquer momento, minimizando os possíveis riscos, sem que ocorram prejuízos pessoais. Adicionalmente, você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação no estudo, por parte do pesquisador. Você tem a liberdade de desistir de participar em qualquer momento, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo. Você receberá uma via deste termo assinada pela pesquisadora onde consta telefone, contato de e-mail, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sobre sua participação, a qualquer momento. A outra via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada por você ficará armazenada sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora. Adicionalmente, informo o contato do comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca, o qual tem a finalidade de proteger eticamente os participantes das pesquisas. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar como juiz, avaliador do instrumento de coleta de dados da pesquisa intitulada

“**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE SAÚDE: FACILIDADES E LIMITAÇÕES**”, de forma livre e espontânea, podendo retirar meu consentimento a qualquer momento.

Franca \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2024.

-----  
**Assinatura do Juiz avaliador**

-----  
**Assinatura do**  
**Pesquisador Orientador** **Assinatura** **do**  
**Pesquisador** **do**

Pesquisador responsável **Márcia Aparecida Giacomini**, pelo telefone [1637174634], e/ou pelo e-mail **marciagiacomini@facef.br**, com o pesquisador **Sabrina Vieira Barbosa**, pelo telefone (16) 99314-5854 e pelo e-mail **vieirabarbosasabrina@gmail.com** ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/Uni-Facef - Endereço: Av. Alonso Y Alonso, 2400 - São José, Franca - SP, 14401-426 Telefone: (16) 3713-4688.

### **Apêndice 3**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- participantes**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada “**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE SAÚDE: FACILIDADES E LIMITAÇÕES**”, desenvolvida pela estudante de Enfermagem, Sabrina Vieira Barbosa, sob orientação da Profa. Dra. Márcia Aparecida Giacomini. O objetivo desta pesquisa é analisar os desafios para operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atuação do enfermeiro em serviços de saúde. Após receber os esclarecimentos e as informações pertinentes, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade da pesquisadora e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar sobre a pesquisa e solicitar a sua permissão para que ela seja publicada em meios científicos como revistas, congressos e/ou reuniões científicas de profissionais da saúde ou afins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma e pode suspender seu consentimento a qualquer momento. Os riscos durante sua participação nesta pesquisa, durante entrevista para aplicação do instrumento, são mínimos, podendo gerar algum cansaço físico pelo

tempo de fala, estimado de 20 a 30 minutos para responder as questões, e para minimizar esta situação caso ocorra, a entrevista pode ser interrompida e retomada em momento que lhe seja mais oportuno, sendo possível também pausa para água. As entrevistas seguirão um instrumento estruturado e serão gravadas em áudio, que posteriormente serão transcritas em Excel pela pesquisadora, identificada por um número/código, de modo que seu nome não será em nenhum momento revelado, bem como sua voz. Caso se sinta incomodado(a) com alguma pergunta, fique à vontade para se recusar a responder e seguiremos com o questionário. Sua participação ajudará a identificar como os enfermeiros compreendem a Sistematização da Assistência de Enfermagem e quais os desafios enfrentados para sua implementação. Pretende-se com este estudo ampliar conhecimentos sobre a aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos serviços de saúde em um município no interior do estado de São Paulo, assim como, subsidiar reflexão que possa contribuir para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo enfermeiro. Entende-se ser relevante estudar tal temática, por isso, este estudo busca contribuir agregando conhecimentos ao responder essas questões a nível local. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado. Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória e não irá lhe gerar nenhum ganho financeiro. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a realização do estudo, não haverá nenhum prejuízo ou punição. Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável **Márcia Aparecida Giacomini**, pelo telefone **[1637134634]**, e/ou pelo e-mail **marciagiacomini@facef.br**, com o pesquisador **Sabrina Vieira Barbosa**, pelo telefone **(16) 99314-5854** e pelo e-mail **vieirabarbosasabrina@gmail.com** ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/Uni-FACEF - Endereço: Av. Alonso Y Alonso, 2400 - São José, Franca - SP, 14401-426, Telefone: (16) 3713-4688.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar da pesquisa intitulada "**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE SAÚDE: FACILIDADES E LIMITAÇÕES**", de forma livre e espontânea, podendo retirar meu consentimento a qualquer momento.

Franca, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

**Assinatura do Participante**

Assinatura do Pesquisador Orientador  
Assinatura do Pesquisador

## ÍNDICE

### A

Ana Carla Paulino Cintra, 8  
Ana Laura Tonin Jorge, 8

### B

Beatriz Pereira de Deus Silva, 8

### D

Daniela de Freitas Viera, 8  
Dra<sup>a</sup> Marcia Aparecida  
Giacomini, 138

### F

Fernanda Carvalho Santos, 63  
Fernanda Pini de Freitas, 8

### G

Gabriela de Aguiar Watanabe,  
35

### J

Jhennifer Castro Duarte, 63  
Julia Fátima Cintra, 63

### K

Kelly Jacqueline Barbosa, 121

### L

Letícia Lessa Dourado, 48  
Livia Maria Lopes, 48  
Lívia Maria Lopes Gazaffi, 63

### M

Michaela Santos Leão, 108

### N

Nádia Bruna da Silva Negrinho,  
108

### P

Patrícia Reis Alves dos Santos,  
63  
**Paula Gameiro Colenghi Stival,**  
20

### R

**RAFAEL BOMBICINO,** 74  
Raquel Rangel Cesario, 35

### S

Sabrina Vieira Barbosa, 138,  
158, 159  
Stella Paula de Queiroz, 121

### V

**Vânia Gameiro de Carvalho,** 20

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



**[unifacef.com.br](http://unifacef.com.br)**

Av. Dr. Ismael Alonso y Alonso, 2400

0800 940 4688 / (16) 3713-4688



I.C. **Uni-FACEF**

**Uni-FACEF**  
Centro Universitário Municipal de Franca