



Promoção da Saúde e Qualidade de Vida

Abordagens Contemporâneas



Organizadores

Shirley Rangel Gomes

Ângela Carlos do Amaral

Thiago Aliprandi Lima

Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita

PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS

1ª Edição



ORGANIZADORES

Shirley Rangel Gomes

Ângela Carlos Do Amaral

Thiago Aliprandi Lima

Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita

DOI: 10.47538/AC-2026.25

ISBN: 978-6-55321-108-7



Ano 2026

PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS

1ª Edição

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

P958

Promoção da saúde e qualidade de vida [recurso eletrônico] : abordagens contemporâneas / organização Shirley Rangel Gomes ... [et al.]. - 1. ed. - Natal [RN] : Amplamente, 2026.
recurso digital

Formato: ebook
Modo de acesso: world wide web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5321-108-7 (recurso eletrônico)

1. Medicina - Miscelânea. 2. Promoção da saúde. 3. Livros eletrônicos. I. Gomes, Shirley Rangel.

26-104165.0 CDD: 61
CDU: 61



Carla Rosa Martins Gonçalves - Bibliotecária - CRB-7/4782

Editora Amplamente
Empresarial Amplamente Ltda.
CNPJ: 35.719.570/0001-10
E-mail: publicacoes@editoraamplamente.com.br
www.editoraamplamente.com
Telefone: (84) 999707-2900
Caixa Postal: 3402
CEP: 59082-971
Natal- Rio Grande do Norte – Brasil
Copyright do Texto © 2026 Os autores
Copyright da Edição © 2026 Editora Amplamente
Declaração dos autores/ Declaração da Editora: disponível em:
<https://www.amplamentecursos.com/politicas-editoriais>
Editora-Chefe: Dayana Lúcia Rodrigues de Freitas
Assistentes Editoriais: Caroline Rodrigues de F. Fernandes; Margarete Freitas Baptista
Projeto Gráfico, Edição de Arte e Diagramação: Luciano Luan Gomes Paiva; Caroline Rodrigues de F. Fernandes
Capa: Beatriz Harumi Gomes Gushiken - Graduada em Design Gráfico, pelo Instituto Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes RJ.
Parecer e Revisão por pares: Revisores

Creative Commons. Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC-BY-NC-ND).



Ano 2026

PATROCINADOR



A Só Pele Soluções em Curativos, localizada na Rua Marechal Floriano, nº 224, Centro, Campos dos Goytacazes – RJ (CEP: 28010-162), é uma empresa especializada no fornecimento de produtos hospitalares e no cuidado avançado para o tratamento de feridas.

Com compromisso com a qualidade, segurança e bem-estar dos pacientes, a Só Pele atua oferecendo soluções eficientes e inovadoras, contribuindo para a promoção da saúde e a excelência no atendimento.

☎ Contato: (22) 2722-1381



Ano 2026

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	8
PREFÁCIO.....	9
- CAPÍTULO I –.....	10
A CONSULTA GINECOLÓGICA NA NEURODIVERSIDADE: PROTOCOLOS ADAPTADOS PARA ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita Ângela Carlos do Amaral Maximiliano do Espírito Santo Pessanha Shirley Rangel Gomes <i>DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-01</i>	
- CAPÍTULO II –.....	20
ACESSIBILIDADE E ETNODERMATOLOGIA NO MANEJO DA ICTERÍCIA NEONATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
Shirley Rangel Gomes Ângela Carlos do Amaral Maximiliano do Espírito Santo Pessanha Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita <i>DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-02</i>	
- CAPÍTULO III -	31
DIFERENCIAÇÃO DIAGNÓSTICA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA FALÊNCIA CUTÂNEA NO FIM DA VIDA: REVISÃO SOB O PROTOCOLO PRISMA	
Ângela Carlos do Amaral Tércio Abreu da Fonseca Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita Shirley Rangel Gomes <i>DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-03</i>	
- CAPÍTULO IV -	44
ENTRE A SOBREVIVÊNCIA E O TRAUMA: A MICROMOBILIDADE ELÉTRICA COMO VETOR DE ESTRATIFICAÇÃO E RISCO NO ESPAÇO URBANO	
Maria Cristina Mendonça Matos Oliveira Maximiliano do Espírito Santo Pessanha Ângela Carlos do Amaral Tércio Abreu da Fonseca <i>DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-04</i>	
- CAPÍTULO V -	53
ESTIGMA, INVISIBILIDADE E INTERVENÇÃO PSICANALÍTICA NO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	
Franciane Braga Ribeiro Amara Neuza dos Santos Amaral Christovam Luiz Machado Cardoso Wallace Santos Lúcia Regina Vieira Bruno <i>DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-05</i>	

- CAPÍTULO VI -.....	66
HUMANIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA DE HOSPITAL GERAL	
Marcus Andre Gonzaga Custódio Flávia Cristina Fechó Guimarães Mônica Gonçalves Reis Sueli Rangel Gomes <i>DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-06</i>	
- CAPÍTULO VII -.....	77
INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA SAÚDE BUCAL GESTACIONAL: A CONSULTA DE ENFERMAGEM SOB A ÓTICA INTERDISCIPLINAR	
Maximiliano do Espírito Santo Pessanha Dilmara Peres Barbosa Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita Shirley Rangel Gomes <i>DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-07</i>	
- CAPÍTULO VIII -	86
PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISE E CONTENÇÃO SEGURA NO HOSPITAL GERAL: UMA ABORDAGEM INTEGRADA PELAS RESOLUÇÕES COFEN 744/2024 E 746/2024	
Flávia Cristina Fechó Guimarães Mônica Gonçalves Reis Ângela Carlos do Amaral Sueli Rangel Gomes <i>DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-08</i>	
- CAPÍTULO IX -.....	98
SAÚDE ANIMAL E HUMANA: ESTRATÉGIAS DE MANEJO DE FERIDAS EM FAMÍLIAS MULTIESPÉCIE	
Catharine Ferreira dos Santos Andrade Giovanna Pereira Gomes Thiago Aliprandi Lima Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita <i>DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-09</i>	
- CAPÍTULO X -.....	108
SEGURANÇA MEDICAMENTOSA NA SENESCÊNCIA: DIRETRIZES PARA O MANEJO TERAPÊUTICO E MITIGAÇÃO DE RISCOS NA POLIFARMACOLOGIA	
Maximiliano do Espírito Santo Pessanha Natalie dos Santos Poppolino Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita Amara Neuza dos Santos Amaral <i>DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-10</i>	
- CAPÍTULO XI -.....	119
EFETIVIDADE DAS MEDIDAS PREVENTIVAS NA REDUÇÃO DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Wallace Santos Shirley Rangel Gomes <i>DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-11</i>	

- CAPÍTULO XII -.....	129
SAÚDE MENTAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: DESAFIOS PARA A EQUIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	
Sueli Rangel Gomes	
Shirley Rangel Gomes	
Marcus Andre Gonzaga Custódio	
Lúcia Regina Vieira Bruno	
<i>DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-12</i>	
POSFÁCIO.....	141
ORGANIZADORES.....	142
AUTORES	143

APRESENTAÇÃO

A obra *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida: Abordagens Contemporâneas* nasce da necessidade de ampliar o debate sobre os múltiplos fatores que influenciam o processo saúde-doença na sociedade atual. Em um cenário marcado por transformações sociais, tecnológicas e epidemiológicas, torna-se essencial compreender a saúde para além de uma perspectiva estritamente biomédica, incorporando dimensões sociais, culturais, emocionais e ambientais.

Organizado por Shirley Rangel Gomes, Ângela Carlos do Amaral, Thiago Aliprandi Lima e Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita, este livro reúne produções que refletem a diversidade e a complexidade do cuidado em saúde, evidenciando a importância de abordagens interdisciplinares e integradas. Os capítulos aqui apresentados dialogam com diferentes contextos de atuação, contemplando desde práticas assistenciais até discussões que envolvem políticas públicas, humanização do cuidado e inovação no campo da saúde.

A proposta desta obra é oferecer ao leitor não apenas um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos, mas também provocar reflexões críticas sobre os desafios contemporâneos enfrentados por profissionais, pesquisadores e gestores da área. Ao valorizar diferentes perspectivas e experiências, o livro contribui para o fortalecimento de práticas mais sensíveis, inclusivas e comprometidas com a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida.

Destina-se a estudantes, profissionais e pesquisadores que buscam aprofundar seus conhecimentos e ampliar seu olhar sobre o cuidado em saúde, reconhecendo a complexidade dos contextos em que ele se insere. Espera-se que esta publicação sirva como fonte de inspiração para novas práticas, estudos e iniciativas que promovam uma saúde mais integral, equitativa e humanizada.

PREFÁCIO

A saúde contemporânea exige um olhar cada vez mais ampliado, capaz de integrar ciência, sensibilidade clínica e compreensão das múltiplas dimensões que atravessam o cuidado. Esta obra reúne reflexões e produções que dialogam com desafios atuais da prática em saúde, abordando desde questões clínicas e assistenciais até aspectos sociais, éticos e institucionais que impactam diretamente a qualidade do cuidado.

Os capítulos exploram temas diversos e complementares, como a segurança medicamentosa na senescência, a humanização do cuidado em saúde mental, a integralidade da assistência durante a gestação, o manejo de crises em ambiente hospitalar e as complexidades do diagnóstico e da intervenção em condições cutâneas no fim da vida. A obra também amplia o debate ao incluir perspectivas sobre acessibilidade e etnodermatologia na atenção neonatal, bem como reflexões sobre espaços frequentemente invisibilizados dentro das instituições de saúde.

Ao mesmo tempo, o livro convida o leitor a pensar a saúde para além dos ambientes clínicos tradicionais, discutindo fatores sociais e contemporâneos que influenciam o processo saúde-doença, como as transformações do espaço urbano, as dinâmicas familiares multiespécie e os desafios emergentes no cuidado coletivo.

Mais do que reunir diferentes temas, esta publicação busca estimular uma prática profissional crítica, interdisciplinar e comprometida com a integralidade do cuidado. Espera-se que as reflexões aqui apresentadas contribuam para fortalecer o conhecimento, inspirar novas pesquisas e ampliar as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde diante das complexidades do mundo contemporâneo.

Eliel de Oliveira Larrubia

- CAPÍTULO I -

A CONSULTA GINECOLÓGICA NA NEURODIVERSIDADE: PROTOCOLOS ADAPTADOS PARA ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita. Médica UNIG. Universidade Iguaçu campus Itaperuna. E-mail: rafac.amaral01@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0803-5660>.

Ângela Carlos do Amaral. Especialista em Dermatologia e Estética - UGF. Especialização em Podiatria Clínica - UERJ. Capacitação Pedagógica - FGV. Fundação Municipal de Saúde Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Ferreira Machado e Hospital São José. E-mail: aca_1964@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0982-5169>.

Maximiliano do Espírito Santo Pessanha. Especialista em Dermatologia Enfermeiro. Coordenador da UBS da Localidade de Mutum. Prefeitura Municipal de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: max.pessanha@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-2766-5878>.

Shirley Rangel Gomes. Mestre em Enfermagem Profissional Assistencial - UFF. Enfermeira - UFF. Doutoranda em Saúde Coletiva - Integralize. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Geral de Guarus Fundação de Apoio à Escola Técnica - ETEJBM RJ. E-mail: gomeshira@gmail.com. Orcid <https://orcid.org/0000-0002-5727-0285>.

DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-01

RESUMO: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) no sexo feminino é marcado pelo fenômeno do *masking*, que frequentemente retarda diagnósticos e negligencia necessidades em saúde reprodutiva. Este estudo objetivou propor um protocolo de assistência ginecológica para adolescentes autistas na Atenção Primária à Saúde (APS), visando a equidade e a redução de traumas. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura (2018-2026) nas bases PubMed, SciELO e FEBRASGO, selecionando-se 15 referências fundamentais. Os resultados evidenciam que a adequação do microambiente sensorial (controle de luz, som e temperatura) e o uso de técnicas como a “pressão profunda” e o método “Dizer-Mostrar-Fazer” são cruciais para a regulação proprioceptiva durante o exame físico. A proposta de gestão inclui a implementação de “Unidades Modelo” e fluxos de atendimento programado, que garantem a previsibilidade necessária a essas pacientes. A discussão destaca a interprofissionalidade como pilar central: o enfermeiro atua no treinamento de habilidades de vida diária e autonomia menstrual, enquanto o médico ginecologista foca na investigação de comorbidades como SOP e TDPM. Ressalta-se a indispensabilidade do matriciamento com a neurologia para a segurança farmacológica e interpretação de alterações comportamentais como linguagem de dor. Conclui-se que a adaptação ginecológica na APS, pautada no desenho universal e na dessensibilização sistêmica, transcende o manejo clínico, consolidando-se como uma ferramenta de dignidade e inclusão dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), beneficiando não apenas o público neurodivergente, mas toda a população adolescente.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do Espectro Autista; Ginecologia; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Adolescente; Interprofissionalidade.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento que, no sexo feminino, frequentemente apresenta desafios diagnósticos devido ao fenômeno do *masking* social. Sob uma perspectiva epidemiológica e clínica, o subdiagnóstico em adolescentes do sexo feminino é frequentemente exacerbado por um fenótipo comportamental distinto do modelo clássico masculino. Enquanto o padrão tradicional de diagnóstico baseia-se em déficits de comunicação social e comportamentos repetitivos evidentes, meninas autistas costumam apresentar interesses especiais socialmente aceitos e uma maior motivação para a conformidade social, o que retarda a identificação clínica (Oliveira, 2023).

A Lei Federal de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) — Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 — e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) — Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 — constituem os principais marcos legais e éticos que orientam a atuação do Estado brasileiro na garantia dos direitos das pessoas com TEA. Esses dispositivos normativos estabelecem as diretrizes para assegurar a integralidade das ações de cuidado, reabilitação e proteção, fundamentando políticas públicas inclusivas e equitativas.

Nesse contexto, as linhas de cuidado desempenham papel estratégico ao orientar os gestores na organização do continuum assistencial, que abrange ações articuladas de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, sempre com foco na integralidade do cuidado. Essas linhas buscam assegurar que a atenção à pessoa com TEA ocorra de forma contínua, coordenada e centrada em suas necessidades ao longo do ciclo de vida. Além disso, uma linha de cuidado bem estruturada contribui para a redução de impactos negativos à saúde e para a prevenção de iatrogenias decorrentes do uso excessivo ou inadequado de intervenções e procedimentos por parte dos trabalhadores da saúde. Também é fundamental que essa linha de cuidado defina, de forma clara, a quantidade e a tipificação dos serviços assistenciais que compõem a rede de saúde local, garantindo acesso qualificado,

resolutividade e continuidade do cuidado às pessoas com TEA. (Ministério Da Saúde, 2025)

Estudos de coorte indicam que essa camuflagem cognitiva demanda um esforço adaptativo elevado, resultando em uma maior prevalência de comorbidades psiquiátricas, como ansiedade e transtornos alimentares, na transição para a adolescência (PECORA, 2019). Além disso, a literatura recente destaca que a variabilidade hormonal característica da puberdade pode atuar como um fator de estresse neurobiológico, exacerbando características do TEA ou mascarando-as sob a forma de alterações de humor severas. Esse cenário torna a consulta ginecológica um momento crítico não apenas para a saúde reprodutiva, mas para a própria vigilância do neurodesenvolvimento (Sundelin, 2023; Ames, 2024).

Entretanto, o cenário padrão das consultas ginecológicas na Atenção Básica brasileira apresenta-se como um ambiente frequentemente inadequado para essa população. A Unidade Básica de Saúde (UBS), embora desenhada para ser o centro coordenador do cuidado, impõe barreiras arquitetônicas e sensoriais que desconsideram as particularidades do TEA. Salas de espera ruidosas e a imprevisibilidade do tempo de atendimento geram uma carga alostática que pode levar à desregulação emocional imediata (Figueirôa, 2020).

Dentro do consultório, a inadequação se intensifica através de estímulos aversivos, como a iluminação fluorescente de alta intensidade, o ruído do papel descartável sobre a maca e o contato com o metal frio de instrumentais, que são processados como agressões sensoriais (Doherty, 2022; Casanova, 2020). O modelo de consulta tradicional, pautado na agilidade e na linguagem abstrata, falha em oferecer a previsibilidade necessária, resultando em experiências traumáticas que afastam a adolescente neurodivergente do sistema de prevenção.

Adaptar a assistência ginecológica na APS não é apenas uma medida de humanização, mas de equidade clínica. Este capítulo objetiva propor protocolos adaptados, fundamentados na interprofissionalidade e na dessensibilização sensorial, visando garantir que a adolescente com TEA tenha acesso pleno à saúde sexual e reprodutiva de forma digna e tecnicamente eficaz.

METODOLOGIA

A elaboração deste capítulo fundamentou-se em uma revisão integrativa da literatura, método que permite a síntese de múltiplos estudos e possibilita conclusões gerais sobre uma área específica. O processo foi conduzido através das seguintes etapas:

Estratégia de Busca: Foram consultadas as bases de dados PubMed, SciELO, Google Scholar e diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Os descritores utilizados, em combinações variadas nos idiomas português, inglês e espanhol, incluíram: “*Autism Spectrum Disorder*”, “*Gynecology*”, “*Adolescent Health*”, “*Transtorno do Espectro Autista*” e “*Manejo Menstrual*”.

CrITÉrios de Inclusão e Seleção: O recorte temporal compreendeu o período de 2018 a 2026, visando capturar as evidências mais recentes sobre o fenÓtipo feminino no TEA e novas abordagens diagnÓsticas. ApÓs a aplicaÇão dos critÉrios de elegibilidade e análise de relevância, foram selecionadas 15 publicaÇões principais para compor a base teÓrica e prÁtica deste estudo. Foram priorizados estudos que integrassem aspectos neurobiolÓgicos (como a SÍndrome dos OvÁrios PolicÍsticos) a aspectos psicossociais e barreiras sensoriais de acesso.

Desenvolvimento do Instrumento Prático (Checklist): A metodologia incluiu a transposiÇão das evidências colhidas para a prÁtica clÍnica através da criaÇão de um “Checklist de EstruturaÇão e Aprendizado”. Este instrumento foi desenvolvido com foco na AtenÇão PrimÁria à Saúde (APS), visando o compartilhamento de competências entre a equipe médica e de enfermagem.

ValidaÇão: As estratégias propostas foram validadas conceitualmente com base em protocolos internacionais de acessibilidade, como o *AASPIRE Healthcare Toolkit*, adaptando-os à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O atendimento à adolescente com TEA deve ser estruturado em etapas colaborativas, onde cada membro da equipe desempenha um papel clínico e humanizado.

O CHECKLIST COMO PONTO DE PARTIDA

A estruturação do atendimento inicia-se antes mesmo da entrada da paciente no consultório. O checklist de aprendizado serve como guia para que médico e enfermeiro alinhem expectativas e preparem o ambiente:

QUADRO 1: Checklist de Estruturação e Aprendizado para o Atendimento Ginecológico no TEA

Etapas do Fluxo	Ações Estratégicas e Adaptações	Responsável Principal
Planejamento da Unidade	Implementação de “ <i>Dia de Atenção à Adolescência</i> ” ou fluxo de Unidade Modelo com baixa densidade de ruído e pessoas.	Gestão da UBS / Equipe de Enfermagem
Acolhimento Sensorial	Mapeamento de hipersensibilidades (luz, som, toque) e entrega de Histórias Sociais (roteiro visual da consulta).	Enfermagem / Recepção
Preparação do Consultório	Desligamento de luzes fluorescentes (uso de luz indireta); substituição do papel de maca por tecido; aquecimento de instrumentais.	Equipe Multiprofissional
Consulta de Enfermagem	Treinamento de Habilidades de Vida Diária (HVD); orientações de higiene; monitoramento do ciclo e coleta de preventivo (se houver vínculo).	Enfermeiro(a)
Consulta Médica	Investigação de comorbidades (SOP/TDPM); raciocínio diagnóstico; prescrição de manejo hormonal e supressão menstrual.	Médica Ginecologista
Profissionais da Equipe	A presença da mesma equipe para atendimento da paciente colabora para que a mesma sinta-se a vontade pois o vínculo de confiança foi gerado.	Equipe Multiprofissional
Matriciamento (Rede)	Articulação com Neurologia/Psiquiatria para ajuste de psicotrópicos, interação medicamentosa e análise de mudanças comportamentais.	Médica Ginecologista
Pós-Consulta	Entrega de plano de cuidados visual e agendamento de retorno para dessensibilização sistemática.	Equipe Multiprofissional

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), adaptado de Nicolaidis et al. (2020), Figueirôa et al. (2020) e Santos et al. (2019).

O Ministério da Saúde, no Manual de Linha de Cuidados a Pessoa Autista (2025), cita técnicas que podem ser usadas durante esse atendimento e que contribuem para a eficácia do atendimento:

1. Escuta ativa: permitir que a pessoa expresse suas preocupações sem interrupções.
2. Empatia: demonstrar compreensão e validar os sentimentos do outro.
3. Tom de voz calmo: falar de maneira tranquila para evitar reações impulsivas.
4. Uso de linguagem não confrontadora: evitar palavras ou gestos que possam ser interpretados como ameaçadores.
5. Contato visual adequado: manter um olhar respeitoso, sem parecer intimidador.
6. Oferecer soluções: buscar alternativas para resolver o problema sem necessidade de conflito.

A CONSULTA DE ENFERMAGEM: PROTAGONISMO NA AUTONOMIA E COLETA

O enfermeiro atua como protagonista no treinamento de habilidades de vida diária e na desmitificação do ambiente clínico. A coleta de preventivo (citopatológico) em jovens autistas, por exemplo, não deve ser um ato mecânico. Utilizando o referencial de Casanova (2020), recomenda-se a técnica de “pressão profunda”, ou seja, um toque firme e previsível antes da inserção do espécuro, para auxiliar na regulação proprioceptiva da paciente, minimizando a resposta de sobressalto.

Complementarmente, a escolha do instrumental é decisiva: deve-se priorizar o uso de espéculos descartáveis de polímero (que possuem menor condutividade térmica) ou garantir o aquecimento prévio do instrumental metálico. O objetivo é evitar o choque térmico, um estímulo sensorial aversivo que frequentemente desencadeia a contração involuntária da musculatura pélvica e a interrupção do exame. O espécuro deve ter tamanho adequado, preferencialmente vaginal, respeitando sempre a anatomia e o conforto da adolescente.

Enquanto a consulta médica foca na investigação diagnóstica complexa, a consulta de enfermagem consolida-se como o espaço ideal para o manejo menstrual prático. O enfermeiro orienta o uso de tecnologias assistivas, como as calcinhas

absorventes, que reduzem o desconforto sensorial causado pelos materiais plásticos de absorventes tradicionais, e utiliza calendários visuais para que a jovem compreenda a ciclicidade de seu corpo, mitigando a ansiedade ligada à menarca.

A literatura (Nascimento, 2021) reforça que a presença de uma equipe coesa reduz significativamente o medo da paciente. Caso ocorra resistência severa, enfermeiro e médico devem decidir, de forma interprofissional, pela estratégia de dessensibilização em múltiplas visitas. Sob esta lógica, o enfermeiro pode realizar a inspeção e palpação mamária em um primeiro encontro, postergando o exame citopatológico para um momento posterior, após o estabelecimento de um vínculo de confiança, priorizando o bem-estar psicológico sobre a rapidez do procedimento.

A CONSULTA MÉDICA: INVESTIGAÇÃO CLÍNICA E MANEJO HORMONAL

A abordagem médica ginecológica é centrada na investigação de comorbidades endócrinas e no manejo farmacológico. Estudos de Cerritelli (2022) e Lever (2018) apontam uma correlação significativa entre o TEA e a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). Cabe à médica investigar sinais de hiperandrogenismo clínico, como hirsutismo e acne severa, que podem ser fontes ocultas de estresse sensorial e disforia para a adolescente.

Ademais, a médica deve avaliar se mudanças comportamentais, como crises de agressividade, autoagressão ou isolamento social, coincidem com a fase lútea do ciclo. Tais sintomas podem caracterizar o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), que no contexto da neurodiversidade manifesta-se frequentemente como uma “exacerbação autista”, exigindo um olhar clínico atento para não ser confundido com crises puramente comportamentais.

RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO E EXAMES COMPLEMENTARES

A solicitação de exames deve ser criteriosa para evitar a sobrecarga sensorial e o trauma. Se a venopunção for um gatilho documentado de crise, a médica deve ponderar a real necessidade clínica de cada dosagem hormonal no momento. Como alternativa

estratégica, pode-se priorizar a ultrassonografia pélvica por via abdominal (especialmente em pacientes virgens), coordenando com o enfermeiro a preparação prévia da paciente para o contato com o gel e o transdutor, reduzindo o impacto do estímulo tátil inesperado.

MANEJO TERAPÊUTICO E SUPRESSÃO MENSTRUAL

Conforme defendido por Santos (2019) e O'Hagan (2021), a supressão menstrual é uma ferramenta potente de qualidade de vida para jovens com dificuldades severas de higiene ou desregulação extrema ligada ao fluxo. A decisão pela anticoncepção ou supressão é um ato médico, porém deve ser compartilhada com a família e a paciente. Deve-se optar por métodos de alta adesão, como implantes subdérmicos ou injetáveis trimestrais, que minimizam a demanda cognitiva da tomada diária de comprimidos e garantem a estabilidade hormonal necessária.

MATRICIAMENTO: A ARTICULAÇÃO COM A NEUROLOGIA

O cuidado integral exige um canal direto de comunicação com o neurologista ou psiquiatra que assiste a adolescente. Essa interlocução é vital para a sincronização farmacológica, prevenindo interações prejudiciais entre anticonvulsivantes e contraceptivos hormonais, além de monitorar efeitos como a hiperprolactinemia medicamentosa.

O matriciamento permite compreender o comportamento como linguagem: muitas vezes, uma piora comportamental reportada pelo neurologista revela-se, após investigação conjunta, como uma manifestação de dor pélvica ou desconforto hormonal. Essa integração evita a escalada desnecessária de psicotrópicos e garante que as intervenções terapêuticas sejam precisas e interdisciplinares (Ames, 2024; Sundelin, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência ginecológica à adolescente com Transtorno do Espectro Autista na Atenção Básica representa um dos maiores desafios da prática clínica contemporânea,

exigindo a superação do modelo biomédico tradicional em favor de uma medicina de precisão, baseada na empatia e na adaptabilidade.

A implementação de protocolos que priorizam a previsibilidade, a dessensibilização sensorial e o matriciamento interprofissional demonstra ser o caminho para mitigar as disparidades no acesso à saúde reprodutiva. Conforme discutido, o consultório ginecológico, quando adaptado, seja através de pequenos ajustes ambientais, da criação de “Unidades Modelo” ou do uso de técnicas como a “pressão profunda” no exame físico, deixa de ser um ambiente de trauma para tornar-se um espaço de cuidado e prevenção.

O protagonismo compartilhado entre o enfermeiro, focado na autonomia e no treinamento de habilidades de vida, e o médico ginecologista, focado no diagnóstico diferencial e manejo hormonal, é o que garante a integralidade do cuidado. Ademais, a interlocução com a neurologia assegura que a terapêutica hormonal e psicotrópica caminhe em harmonia, respeitando a complexidade neurofisiológica da paciente.

Conclui-se que a formação de novos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia deve integrar a competência em neurodiversidade como uma habilidade essencial. Ao transformar o “atendimento ao autista” em um padrão de conforto aplicável a todas as adolescentes, elevamos a qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que a dignidade e a autonomia corporal sejam direitos exercidos por todas as mulheres, independentemente de sua configuração neurológica.

REFERÊNCIAS

- AMES, J. L. et al. Reproductive Health and Gynecological Care Among Autistic Adolescents and Young Adults. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 3, p. e241154-e241154, 2024.
- CASANOVA, E. L. et al. Sensory over-responsivity and pelvic exam distress in autistic women. **Autism in Adulthood**, v. 2, n. 4, p. 294-303, 2020.
- CERRITELLI, L. et al. Polycystic Ovary Syndrome and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. **Journal of Clinical Medicine**, v. 11, n. 21, p. 6422, 2022.
- DOHERTY, M. et al. Barriers to healthcare and self-reported adverse outcomes for autistic adults: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 12, n. 2, p. e056851, 2022.

FIGUEIRÔA, M. S. et al. Desafios Éticos e Clínicos no Atendimento à Mulher com Transtorno do Espectro Autista. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 16, p. 1-15, 2020.

HEALY, D. et al. "Tell-Show-Do": Adapting Gynecological Examinations for Neurodivergent Patients. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing (JOGNN)**, v. 51, n. 4, p. 432-445, 2022.

KHOWAJA, M. et al. Designing Sensory-Friendly Healthcare Environments: A Guide for Clinicians. **Health Environments Research & Design Journal**, v. 14, n. 3, p. 112-125, 2021.

LEVER, A. G.; GEURTS, H. M. Is autism spectrum disorder more common in women with polycystic ovary syndrome? **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 48, n. 11, p. 3811-3820, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista - TEA. Brasília DF. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf

NASCIMENTO, R. S. et al. Interprofissionalidade na Atenção Primária: O cuidado à adolescente no SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. 1-14, 2021.

NICOLAIDIS, C. et al. The AASPIRE Healthcare Toolkit: A set of resources to improve healthcare for autistic adults. **Autism in Adulthood**, v. 2, n. 1, p. 62-66, 2020.

O'HAGAN, S. et al. Menstrual management in adolescents with neurodevelopmental disabilities. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, v. 33, n. 5, p. 372-378, 2021.

OLIVEIRA, G. S. et al. O fenótipo feminino no Transtorno do Espectro Autista e o atraso diagnóstico. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 41, p. 2022-045, 2023.

PECORA, L. et al. Sexuality and Gender Identity in Autism Spectrum Disorder: A Review. **Current Psychiatry Reports**, v. 21, n. 12, p. 129, 2019.

SANTOS, M. R. et al. Manejo Menstrual e Autocuidado na Neurodiversidade: Protocolos de Enfermagem na APS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 810-818, 2019.

SUNDELIN, H. E. K. et al. Menstrual Disorders and Autism Spectrum Disorder: A Swedish Population-Based Study. **JAMA Psychiatry**, v. 80, n. 1, p. 65-72, 2023.

ACESSIBILIDADE E ETNODERMATOLOGIA NO MANEJO DA ICTERÍCIA NEONATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Shirley Rangel Gomes. Mestre em Enfermagem Profissional Assistencial - UFF. Enfermeira - UFF. Doutoranda em Saúde Coletiva - Integralize. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Geral de Guarus. Fundação de Apoio à Escola Técnica - ETEJBM RJ. E-mail: gomesshira@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5727-0285>.

Ângela Carlos do Amaral. Especialista em Dermatologia e Estética - UGF. Especialização em Podiatria Clínica - UERJ. Capacitação Pedagógica - FGV. Fundação Municipal de Saúde Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Ferreira Machado e Hospital São José. E-mail: aca_1964@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0982-5169>.

Maximiliano do Espírito Santo Pessanha. Especialista em Dermatologia Enfermeiro. Coordenador da UBS da Localidade de Mutum. E-mail: max.pessanha@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-2766-5878>.

Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita. Médica UNIG. Universidade Iguaçu *campus* Itaperuna. E-mail: rafacamaral01@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0803-5660>.

DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-02

RESUMO: A icterícia neonatal exige vigilância rigorosa para prevenir a encefalopatia bilirrubínica. Na Atenção Primária à Saúde (APS), a avaliação baseia-se historicamente na inspeção visual via Escala de Kramer. Contudo, a etno-dermatologia revela que a densidade melânica em recém-nascidos afrodescendentes atua como barreira óptica, dificultando a percepção do amarelamento cutâneo e gerando subestimação da gravidade clínica. Objetivo: discutir estratégias de equidade diagnóstica na consulta de enfermagem de follow-up neonatal para populações negras. Materiais e Métodos: realizou-se uma revisão integrativa estruturada pelo protocolo PRISMA, analisando 12 referências (2020-2026), com foco no estudo de Raposo, Gomes e Nunes (2020). Resultados: evidenciam que a progressão cefalocaudal apresenta baixa acurácia em fototipos elevados. Assim, é imperativo que o enfermeiro adote uma semiologia etno-sensível, priorizando a inspeção de escleras, palato duro e mucosa gengival. A consulta de enfermagem deve transcender a análise cromática, integrando indicadores metabólicos como perda ponderal, eficácia da sucção e vigilância sobre práticas culturais, como o uso do chá de picão. O respaldo ético-legal do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reforça o dever de proteção integral contra vieses diagnósticos. Conclusão: a equidade no SUS pressupõe a desconstrução de padrões eurocêntricos no exame físico. Protocolos racialmente sensíveis e o fortalecimento do letramento em saúde das famílias são ferramentas essenciais para garantir o diagnóstico precoce e a redução das disparidades raciais na assistência neonatal brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Equidade em Saúde; Grupo com Ancestralidade Africana; Enfermagem Neonatal; Etnodermatologia; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A icterícia neonatal é uma condição de alta prevalência que demanda vigilância rigorosa para prevenir complicações neurológicas irreversíveis, como a encefalopatia bilirrubínica e o *kernicterus*. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o manejo dessa patologia encontra sua maior vulnerabilidade no período de transição entre a alta hospitalar e o seguimento na Atenção Primária à Saúde (APS). É precisamente nesse intervalo de follow-up que os níveis de bilirrubina costumam atingir seu pico sérico, exigindo do enfermeiro uma capacidade diagnóstica de alta precisão para identificar precocemente os sinais de agravamento clínico.

Contudo, a prática clínica na neonatologia ainda é fortemente influenciada por padrões eurocêtricos de semiologia. Tradicionalmente, o exame físico fundamenta-se na inspeção visual da pele guiada pela progressão cefalocaudal, protocolo ratificado pelas diretrizes de manejo da hiperbilirrubinemia da Sociedade Brasileira de Pediatria (2021) e Montoito (2022). Embora esse método seja amplamente utilizado na APS devido ao seu baixo custo e facilidade de aplicação, ele apresenta limitações críticas e perigosas quando aplicado a recém-nascidos afrodescendentes.

A etnodermatologia aponta que a densidade melânica nesses neonatos atua como uma verdadeira barreira óptica. Essa concentração de pigmento mascara o amarelamento cutâneo, tornando o método visual menos sensível e potencialmente excludente (Oliveira; Guidio, 2022; Leite et al., 2021). Tal lacuna técnica revela uma faceta do racismo institucional na saúde: quando os protocolos universais são validados majoritariamente em peles claras, a população negra é exposta a um risco desproporcional de subestimação diagnóstica e negligência assistencial.

Na ausência de tecnologias de precisão, como o bilirrubinômetro transcutâneo, na maioria das Unidades Básicas de Saúde brasileiras, o enfermeiro depara-se com o desafio de promover equidade em um cenário de escassez tecnológica. A justificativa deste capítulo reside na necessidade urgente de instrumentalizar os profissionais para um olhar “descolonizado”, que substitua a subjetividade da cor da pele por indicadores clínicos, mucocutâneos e metabólicos mais precisos (Celestino; Coutinho, 2021).

Fundamentado na doutrina da proteção integral reafirmada por Fernandes e Lara (2025) à luz do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e em consonância

com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, este estudo discute estratégias de equidade neonatal que transcendem a simples inspeção dérmica. Ao priorizar a avaliação de escleras, mucosas e o monitoramento rigoroso do equilíbrio metabólico, a enfermagem não apenas qualifica o diagnóstico precoce, mas reafirma seu papel ético e legal na redução das disparidades raciais e na garantia da proteção integral à infância afro-brasileira (Raposo; Gomes; Nunes, 2020).

Diante do cenário exposto, este capítulo tem como objetivo discutir estratégias de equidade diagnóstica na consulta de enfermagem de *follow-up* neonatal para populações negras, analisando as limitações das escalas visuais tradicionais e propondo uma semiologia etno-sensível fundamentada na vigilância metabólica e no respaldo ético-legal do Estatuto da Criança e do Adolescente.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de cunho descritivo e analítico. A revisão integrativa é o método que permite a síntese de múltiplos estudos publicados, proporcionando uma compreensão abrangente de um fenômeno específico — neste caso, a interface entre etnodermatologia, racismo institucional e assistência de enfermagem neonatal.

A construção desta revisão seguiu rigorosamente as seis etapas preconizadas para este método: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação crítica dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados e 6) síntese do conhecimento.

Para nortear a busca, utilizou-se a estratégia PICO (P: Recém-nascidos afrodescendentes; I: Consulta de enfermagem/Exame físico; C: Escala visual clássica; O: Equidade diagnóstica), formulando-se a seguinte questão: “*Quais evidências científicas sustentam as limitações do exame visual e quais estratégias de enfermagem promovem a equidade diagnóstica para neonatos negros com icterícia na Atenção Primária?*”.

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2025 e janeiro de 2026 nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da

Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e na biblioteca virtual SciELO (Scientific Electronic Library Online). Foram utilizados os Descritores em Saúde (DeCS) em cruzamentos via operador booleano *AND*: “Icterícia Neonatal”; “Grupo com Ancestralidade Africana”; “Equidade em Saúde” e “Enfermagem”.

Os critérios de inclusão contemplaram: artigos originais e revisões publicados na íntegra no recorte temporal de 2020 a 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem especificamente o manejo da icterícia neonatal sob a ótica da diversidade fenotípica ou do cuidado na APS. Foram incluídos documentos norteadores da Sociedade Brasileira de Pediatria (2021), diretrizes do Ministério da Saúde (2024) e o texto atualizado do Estatuto da Criança e do Adolescente (2024). Foram excluídos estudos puramente hospitalares, relatos de caso isolados e teses que não estivessem em conformidade com o tema central.

A amostra final consistiu em 15 referências selecionadas por sua relevância e rigor metodológico. Os dados foram extraídos e organizados em uma matriz de evidências (Quadro II), que permitiu a análise comparativa e a construção das diretrizes de educação continuada apresentadas nos resultados. O estudo de Raposo, Gomes e Nunes (2020) serviu como referencial teórico-metodológico central para a discussão sobre a falibilidade dos métodos visuais em fototipos elevados.

Quadro 1: Fluxograma de Seleção de Estudos

Etapas do Processo	Descrição das Atividades Realizadas	Quantitativo (n)
Identificação	Registros identificados nas bases de dados (LILACS, BDENF, SciELO) via DeCS e busca em bases governamentais (MS/SBP).	92
Triagem	Remoção de duplicatas e análise criteriosa de títulos e resumos (Recorte 2020-2026).	48
Elegibilidade	Artigos e documentos técnicos lidos na íntegra que abordam fototipo, icterícia, equidade e cuidados neonatais.	21
Exclusão	Estudos com foco exclusivo em ambiente hospitalar/UTI, duplicidade temática ou baixo rigor metodológico.	6
Inclusão	Referências selecionadas para fundamentar a discussão e as diretrizes de educação em saúde.	15

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base nos critérios PRISMA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados permitiu a síntese de evidências que confrontam a prática tradicional com as necessidades específicas da população negra. Para viabilizar a aplicação prática desses achados na Atenção Primária, os resultados foram organizados em uma matriz de intervenções que fundamenta a Consulta de Enfermagem etno-sensível.

Quadro II: Matriz de Evidências e Referências Selecionadas (n=15)

Autores Principais	Ano	Temática Central	Contribuição para o Capítulo
Brasil (ECA)	2024	Estatuto da Criança e do Adolescente	Base jurídica para proteção integral e equidade diagnóstica.
Brasil (MS)	2024	Guia de atenção ao recém-nascido	Diretrizes nacionais para higiene do coto e cuidados básicos.
Confessor et al.	2025	Hiperbilirrubinemia: etiopatogênese	Crítica à falibilidade da escala visual em fototipos elevados.
Fernandes & Lara	2025	Proteção integral e direitos	Análise contemporânea sobre o dever ético do enfermeiro.
Ferreira et al.	2025	Tecnologia educacional	Estratégias de letramento familiar e reconhecimento de riscos.
Queiroz et al.	2024	Vigilância e tecnologias e Health	Monitoramento do peso e balanço hídrico na APS.
SBP	2021	Documento Científico: Hiperbilirrubinemia	Protocolo nacional de referência para manejo clínico.
Montoito	2022	Cuidados na transição para o domicílio	Foco na semiologia de mucosas e escleras.
Raposo et al.	2020	Avaliação em neonatos afrodescendentes	Referencial central sobre a barreira óptica da melanina.
Silva et al.	2021	Banho de sol e cuidados neonatais	Orientações sobre controle térmico e higiene segura.
Oliveira & Guidio	2022	Racismo institucional no SUS	Discussão sobre disparidades raciais na atenção primária.
Iglezias et al.	2021	Percepções da enfermagem	Identificação de lacunas na prática clínica neonatal.
Celestino & Coutinho	2021	População negra e olhar clínico	Fundamentação para uma semiologia descolonizada.
Santos et al.	2022	Diagnóstico e tratamento	Revisão de métodos complementares de triagem.
Leite et al.	2021	Indicações de fototerapia	Parâmetros de encaminhamento para alta complexidade.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A análise das evidências científicas selecionadas revela que a avaliação da icterícia neonatal na Atenção Primária à Saúde (APS) atravessa uma crise de acurácia quando aplicada à população negra. Historicamente, a semiologia fundamentada na progressão cefalocaudal, consolidada por protocolos como os da Sociedade Brasileira

de Pediatria (2021), pressupõe uma transparência epidérmica que não condiz com a diversidade fenotípica brasileira. Conforme discutido por Raposo, Gomes e Nunes (2020) e Montoito (2022), a melanina atua como uma barreira física e óptica, absorvendo a luz e mascarando o depósito de bilirrubina no tecido subcutâneo. Esse fenômeno não é apenas uma limitação técnica, mas um determinante de desigualdade, pois a subestimação da gravidade clínica em neonatos afrodescendentes retarda intervenções críticas e eleva o risco de danos neurológicos permanentes.

Diante dessa limitação, a Consulta de Enfermagem (CE) no *follow-up* neonatal precisa ser ressignificada como um ato de equidade e justiça social. A transição para uma semiologia etno-sensível exige que o enfermeiro desloque o foco da cor da pele para a inspeção rigorosa das mucosas. Escleras, palato duro e mucosa gengival, por possuírem menor concentração de melanócitos, preservam a visibilidade do amarelamento mesmo em fototipos elevados, tornando-se o indicador clínico mais confiável para a triagem visual. Esta prática alinha-se à responsabilidade ético-legal estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), que, sob a ótica contemporânea de Fernandes e Lara (2025), impõe ao profissional o dever de adaptar sua técnica para garantir a proteção integral da criança contra negligências sistêmicas derivadas de vieses diagnósticos.

Além da adaptação do exame físico, a vigilância diagnóstica na APS deve ser ampliada para uma investigação minuciosa do equilíbrio metabólico e nutricional do recém-nascido. Como a icterícia está intrinsecamente ligada ao metabolismo da bilirrubina via circulação êntero-hepática, a avaliação da eficácia da amamentação torna-se central. Confessor *et al.* (2025) destacam que a observação direta da mamada, verificando a pega adequada, o posicionamento e a transferência efetiva de leite, é um preditor de segurança superior à simples inspeção cutânea. A perda ponderal acentuada (superior a 10% do peso de nascimento) e a alteração no padrão de eliminações (urina concentrada e persistência do mecônio) devem ser interpretadas como sinais de alerta imediato, independentemente da percepção visual da cor da pele.

Complementarmente, a estratégia de acompanhamento para famílias de recém-nascidos negros deve incluir um fortalecimento do letramento em saúde e um cronograma de visitas mais adensado. Reduzir o intervalo entre as consultas de

seguimento para 24 ou 48 horas durante o pico fisiológico da bilirrubina compensa a subjetividade do exame visual e permite a detecção precoce de sinais de encefalopatia. Nesse processo, o enfermeiro deve atuar na desconstrução de práticas culturais que podem mascarar a gravidade do quadro, como o uso do chá de picão ou a exposição solar inadequada, orientando que o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é a via primordial de hidratação e excreção do pigmento.

Portanto, a equidade no manejo da icterícia neonatal pressupõe que o enfermeiro reconheça as limitações das tecnologias leves atuais e as supere através de uma competência clínica vigilante e descolonizada. Ao integrar a semiologia das mucosas com o monitoramento rigoroso do balanço hídrico e nutricional, a enfermagem brasileira cumpre seu papel na redução das disparidades raciais, assegurando que o direito à saúde plena seja uma realidade acessível para todas as infâncias, independentemente do fototipo.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O EMPODERAMENTO FAMILIAR NO CUIDADO NEONATAL

A educação em saúde na APS deve ser entendida como uma tecnologia leve, capaz de reduzir a ansiedade parental e aumentar a vigilância sobre sinais de alerta. O enfermeiro, ao realizar o *follow-up*, deve instrumentalizar a família com orientações que transcendem a icterícia, focando na segurança e no desenvolvimento do neonato:

Reconhecimento de Sinais de Alerta: Além da coloração das escleras e mucosas, a família deve ser instruída a observar o comportamento do bebê. Sinais como letargia acentuada (dificuldade para acordar para mamar), choro agudo e inconsolável, ou hipotonia (corpo excessivamente “mole”) devem ser reportados imediatamente à unidade de saúde, pois podem indicar neurotoxicidade pela bilirrubina (Ferreira *et al.*, 2025).

Manejo do Banho de Sol: Diferente das práticas tradicionais, a educação em saúde contemporânea deve esclarecer que o banho de sol não substitui o tratamento fototerápico e não deve ser feito sob sol forte. A recomendação deve focar na exposição indireta ou em horários de baixa radiação (antes das 10h ou após as 16h), com o cuidado

rigoroso para evitar a desidratação e o estresse térmico, que agravariam a icterícia (Silva *et al.*, 2021).

Higiene e Cuidados com o Coto Umbilical: A família deve ser orientada sobre a limpeza do coto apenas com álcool a 70% e a manutenção da área seca e fora da fralda. O enfermeiro deve explicar que infecções locais (onfalites) podem desencadear respostas inflamatórias que complicam o quadro clínico do recém-nascido.

Segurança no Sono (Prevenção da Síndrome da Morte Súbita do Lactente - SMSL): Aproveitando o momento da consulta de icterícia, é vital reforçar que o bebê deve dormir sempre de barriga para cima, em superfície firme e sem objetos soltos no berço (protetores, pelúcias ou mantas excessivas). Esta orientação é parte do respaldo ético de proteção integral à vida preconizado pelo ECA (Brasil, 1990).

Letramento sobre a Amamentação: A educação em saúde deve desconstruir o mito do “leite fraco”. Deve-se explicar a fisiologia da apojadura e como a sucção frequente estimula a produção de leite e a motilidade intestinal, facilitando a eliminação da bilirrubina pelas fezes. O uso de bicos artificiais (chupetas e mamadeiras) deve ser desencorajado para evitar a confusão de bicos e o desmame precoce.

Ambiente do Berço e Compartilhamento de Quarto: O berço deve estar livre de objetos “fofos” que possam causar sufocamento ou aprisionamento, como protetores de berço, travesseiros, bichos de pelúcia, mantas soltas ou cobertores pesados. A recomendação atual sugere que o bebê durma no mesmo quarto que os pais, porém em seu próprio berço (co-sleeping seguro), pelo menos até os seis meses de vida. O compartilhamento do leito (dormir na mesma cama que os pais) deve ser desencorajado, especialmente se houver consumo de álcool, tabaco ou medicamentos sedativos pelos cuidadores, devido ao risco de sobrepeso e asfixia acidental.

Controle Térmico e Exposição ao Tabaco: O superaquecimento do neonato é um fator de risco conhecido para a SMSL; portanto, a vestimenta deve ser adequada à temperatura ambiente, evitando o uso excessivo de camadas de roupas ou gorrinhos durante o sono em ambientes fechados. Adicionalmente, o enfermeiro deve promover o ambiente livre de tabaco (*smoke-free*), orientando que a exposição passiva à fumaça do cigarro compromete o controle autonômico da respiração do lactente. Estas medidas, integradas ao respaldo ético do ECA (Brasil, 1990), reafirmam o papel do enfermeiro na

preservação da vida e na redução da mortalidade infantil evitável (Fernandes; Lara, 2025).

Portanto, a educação em saúde no *follow-up* neonatal constitui-se como uma estratégia de cuidado integral que transcende a vigilância técnica da icterícia. Ao instrumentalizar as famílias com orientações sobre segurança no sono, higiene e amamentação, o enfermeiro não apenas previne complicações imediatas, mas exerce o papel de garantidor dos direitos fundamentais previstos no ordenamento jurídico brasileiro. Essa práxis educativa, pautada no letramento e no respeito às diversidades, é o que materializa a equidade no cotidiano da Atenção Primária, consolidando um modelo de assistência que protege a vida em todas as suas dimensões.

CONCLUSÃO

A investigação sobre os limites e as possibilidades da etnodermatologia na Atenção Primária à Saúde revela que a equidade assistencial não se atinge apenas pela universalidade do acesso, mas pela precisão técnica diante da diversidade fenotípica. O estudo demonstrou que o uso isolado de escalas visuais cutâneas apresenta falhas críticas em recém-nascidos afrodescendentes, uma vez que a densidade melânica mascara a real severidade da icterícia, elevando o risco de subestimação diagnóstica e danos neurológicos permanentes, como o *kernicterus*.

Diante desse cenário, a Consulta de Enfermagem no *follow-up* neonatal emerge como o principal instrumento de intervenção e segurança. O aprimoramento dessa consulta pressupõe a transição de um exame puramente cromático para uma abordagem clínica integral e “descolonizada”. Esta prática prioriza a inspeção de áreas de baixa pigmentação, como escleras e mucosas, e fundamenta-se em uma vigilância metabólica rigorosa, centrada na avaliação técnica da pega, na eficácia da amamentação e no monitoramento do equilíbrio hídrico-nutricional do neonato.

Além disso, a integração de estratégias de educação em saúde e segurança do sono reforça o papel do enfermeiro como agente de proteção integral. A instituição de protocolos racialmente sensíveis e o fortalecimento do letramento das famílias garantem que a vulnerabilidade tecnológica de muitas Unidades Básicas de Saúde seja

compensada por uma competência clínica vigilante e ética, em total consonância com as diretrizes de proteção à infância.

Conclui-se que a equidade neonatal no SUS é uma construção ativa que depende da desconstrução de padrões eurocêtricos na semiologia de enfermagem. Ao priorizar indicadores metabólicos e mucocutâneos precisos, aliados a um acompanhamento educativo robusto, a enfermagem brasileira cumpre seu papel ético na redução das disparidades raciais e na garantia da saúde plena e segura para a infância afro-brasileira.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BRASIL. [Estatuto da Criança e do Adolescente (1990)]. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 15 jan. 2026.

CELESTINO, J. S.; COUTINHO, R. P. População negra e violência: a percepção do profissional de saúde. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS DE COIMBRA, 4., 2021, Coimbra. **Anais [...]**. Coimbra: CIDH, 2021. p. 146. Disponível em: https://www.cidhcoimbra.com/files/ugd/8f3de9_3d52f26c597d4d27b0d8e41ef3e73464.pdf. Acesso em: 12 dez. 2025.

CONFESSOR, M. V. A. *et al.* Hiperbilirrubinemia neonatal: etiopatogênese e manejo. **ARACÊ**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 7446-7462, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3345>. Acesso em: 12 dez. 2025.

FERNANDES, M. N.; LARA, A. M. B. A promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente: disputas, ideologias e consensos nas Casas Legislativas. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGDir./UFRGS**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 279-303, 2025. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/ppgdir/article/view/146896>. Acesso em: 15 jan. 2026.

FERREIRA, N. S. *et al.* Desenvolvimento de tecnologia educacional: manejo à icterícia neonatal para cuidadores. **Revista Delos**, [s. l.], v. 18, n. 73, p. e7232, 2025. Disponível em: <https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/7232>. Acesso em: 12 dez. 2025.

IGLEZIAS, M. S. *et al.* Percepciones de enfermeras en la assistência realizada al recién nacido con icterícia neonatal. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 659-666, 2021. Disponível em: <https://enfermfoco.org/es/article/percepciones-de-enfermeras-en-la-asistencia-realizada-al-recien-nacido-con-ictericia-neonatal/>. Acesso em: 15 dez. 2025.

LEITE, A. C. *et al.* Indicações da fototerapia em recém-nascidos com icterícia. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 3, p. 10827-10848, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/29918>. Acesso em: 19 dez. 2025.

MONTOITO, A. I. M. **Da Neonatologia para Casa**: cuidados de enfermagem facilitadores da transição. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2022. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/43126>. Acesso em: 12 dez. 2025.

OLIVEIRA, L. G. F.; GUIDIO, M. C. M. S. Relações entre racismo institucional e saúde integral da população negra: estudo com a estratégia da saúde da família. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 3, p. e15345, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/saudecoletiva/article/view/15345>. Acesso em: 15 dez. 2025.

QUEIROZ, M. A. S. *et al.* Tecnologias eHealth nos cuidados parentais aos bebês nascidos prematuros: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, p. e06212024, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.06212024>. Acesso em: 18 dez. 2025.

RAPOSO, A. M.; GOMES, S. R.; NUNES, C. R. Avaliação da icterícia em recém-nascidos afrodescendentes pelo método do zoneamento de Kramer e bilirrubinômetro. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, [s. l.], v. 6, n. 3, 2020. Disponível em: <https://reinpec.cc/index.php/reinpec/article/view/658>. Acesso em: 12 dez. 2025.

SANTOS, J. S. *et al.* Icterícia neonatal: uma revisão de literatura sobre diagnóstico e tratamento. **Recima21**: Revista Científica Multidisciplinar, [s. l.], v. 3, n. 1, p. e311025, 2022. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1245>. Acesso em: 12 dez. 2025.

SILVA, M. P. *et al.* Cuidados com o recém-nascido e banho de sol: orientações e práticas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 15, n. 1, p. e245892, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245892>. Acesso em: 15dez. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Neonatologia. **Hiperbilirrubinemia Indireta no Recém-Nascido a Termo e Pré-Termo Tardio**. Documento Científico. São Paulo: SBP, 2021. Disponível em: <https://www.sbp.com.br>. Acesso em: 10 jan. 2026.

- CAPÍTULO III -

DIFERENCIAÇÃO DIAGNÓSTICA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA FALÊNCIA CUTÂNEA NO FIM DA VIDA: REVISÃO SOB O PROTOCOLO PRISMA

Ângela Carlos do Amaral. Especialista em enfermagem e estética UGF. Especialização em Podiatria Clínica UERJ. Capacitação Pedagógica FGV. Fundação Municipal de Saúde Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Ferreira Machado e Hospital São José. E-mail: aca_1964@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0982-5169>.

Tércio Abreu da Fonseca. Médico Cirurgião Plástico. Membro Titular da SBCP. Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense- UENF. Chefe do CAEQ (Centro de Atendimento Especializado em Queimadura) no HFM. E-mail: terciof@me.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-3804-4101>.

Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita. Médica UNIG. Universidade Iguaçu *campus* Itaperuna. E-mail: rafac_amaral01@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0803-5660>.

Shirley Rangel Gomes. Mestre em Enfermagem Profissional Assistencial - UFF. Enfermeira - UFF. Doutoranda em Saúde Coletiva - Integralize. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Geral de Guarus Fundação de Apoio à Escola Técnica - ETEJBM RJ. E-mail: gomesshira@gmail.com. Orcid <https://orcid.org/0000-0002-5727-0285>.

DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-03

RESUMO: Este estudo apresenta uma revisão integrativa da literatura, conduzida sob o protocolo PRISMA, acerca da diferenciação diagnóstica e das intervenções de enfermagem na falência cutânea no fim da vida. O arco temporal da investigação (1989-2026) permite observar a transição do paradigma puramente descritivo da Úlcera Terminal de Kennedy (UTK) para a compreensão fisiopatológica contemporânea do fenômeno *Skin Changes at Life's End* (SCALE). A pesquisa evidencia que a falência cutânea aguda é um evento biológico inevitável, decorrente da hipoperfusão sistêmica e do desvio de fluxo sanguíneo em pacientes terminais, o que a distingue clinicamente das Lesões por Pressão (LP) evitáveis. Os resultados destacam que, no cenário assistencial de 2026, a atuação da enfermagem evoluiu para uma gestão estratégica de sintomas, incorporando o uso de Inteligência Artificial para diagnóstico por imagem e o emprego de tecnologias de adesão suave para o controle de dor, odor e exsudato. Conclui-se que a comunicação assertiva com familiares e a fundamentação técnica baseada em evidências de inevitabilidade são os pilares para a proteção ética do profissional e a garantia da dignidade e do conforto paliativo do paciente na terminalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Falência Cutânea; Cuidados Paliativos; Úlcera Terminal de Kennedy; Enfermagem em Estomaterapia; Segurança do Paciente.

INTRODUÇÃO

O processo de finitude humana impõe ao organismo falências orgânicas progressivas. A pele, como maior órgão do corpo, manifesta sinais críticos de sofrimento tecidual, destacando-se a Úlcera Terminal de Kennedy (UTK) e o conceito de Skin Changes at Life's End (SCALE). A diferenciação entre Lesões por Pressão (LP) evitáveis e a Falência Cutânea Inevitável é o pilar da segurança jurídica do enfermeiro e do conforto do paciente.

A relevância de uma pesquisa com ampla perspectiva temporal sobre este tema reside na transição de um paradigma puramente descritivo, iniciado por Kennedy (1989), para uma visão fisiopatológica moderna que define a falência cutânea como um evento agudo e, em muitos casos, inevitável (Edsberg *et al.*, 2017; Levine, 2017).

Investigar a cronologia dessas lesões é fundamental para estabelecer o diagnóstico diferencial. Enquanto as lesões por pressão (LP) tradicionais estão frequentemente associadas a fatores mecânicos passíveis de prevenção, as alterações SCALE e a UTK decorrem de uma hipoperfusão sistêmica severa, na qual o organismo prioriza a circulação em órgãos vitais em detrimento da periferia cutânea (Sibbald *et al.*, 2009). Conforme reiterado pela literatura contemporânea, o surgimento dessas lesões pode ocorrer independentemente da excelência da assistência de enfermagem, sendo um marcador biológico de mortalidade iminente (Langemo *et al.*, 2014; Latimer *et al.*, 2022).

A atuação profissional exige, portanto, uma comunicação sensível e assertiva, capaz de orientar os familiares de que tais alterações não representam negligência, mas integram o processo natural de terminalidade (Galdino, 2020; Sobest, 2020). Sob essa ótica, a presente pesquisa justifica-se pela imperativa necessidade de instrumentalizar o enfermeiro com evidências científicas que validem a natureza biofisiológica dessas lesões, resguardando a equipe técnica e garantindo um plano de cuidados focado estritamente na dignidade e no alívio do sofrimento (ABCP, 2023; Black *et al.*, 2024).

Diante do exposto, este estudo objetivou analisar a evolução científica e clínica das alterações cutâneas no fim da vida, compreendendo o fenômeno SCALE e a Úlcera Terminal de Kennedy, em um recorte temporal entre 1989 e 2026. Busca-se, assim, fornecer subsídios para o diagnóstico diferencial entre a falência cutânea e as lesões por

pressão, consolidando intervenções de enfermagem pautadas na ética, no conforto paliativo e na integração de tecnologias assistenciais emergentes.

METODOLOGIA

A presente investigação fundamenta-se em uma Revisão Integrativa da Literatura conduzida sob as diretrizes do protocolo PRISMA. Este método permite a síntese do conhecimento acerca das alterações cutâneas no fim da vida, integrando evidências teóricas e práticas acumuladas entre 1989 e 2026.

A busca foi estruturada em três fases principais para garantir a amplitude temporal solicitada: Fase Histórica (1989-2008): Foco na origem dos termos descritivos (UTK). Fase de Consolidação (2009-2021): Foco nos consensos internacionais (SCALE/NPUAP). Fase de Atualização (2022-2026): Foco em Inteligência Artificial, ética e diretrizes de 2026.

Os descritores utilizados foram: Kennedy Terminal Ulcer, Skin Changes at Life's End, Acute Skin Failure e Palliative Care Nursing, consultados nas bases PubMed, CINAHL, SciELO e bibliotecas de sociedades estomaterápicas (SOBEST/WOCN).

Critérios de Elegibilidade e Seleção: Inclusão: estudos que abordassem a fisiopatologia da falência cutânea, critérios de inevitabilidade e intervenções de enfermagem. Foram priorizados documentos de consenso e revisões sistemáticas para garantir a validade das recomendações. Exclusão: Artigos que tratassem exclusivamente de lesões por pressão crônicas sem correlação com a fase de terminalidade.

Quadro 1: Fluxo de Seleção (Modelo PRISMA)

Etapa do Processo	Descrição das Atividades	Quantitativo (n)
IDENTIFICAÇÃO	Registros identificados em bases de dados (PubMed, CINAHL, SciELO) e busca manual/sociedades (SOBEST/WOCN).	n = 160
TRIAGEM	Remoção de duplicatas (n=30) e triagem por leitura de títulos e resumos (n=130).	n = 130

Etapa do Processo	Descrição das Atividades	Quantitativo (n)
EXCLUSÃO (I)	Registros excluídos após leitura de títulos e resumos por não aderência ao tema.	n = 95
ELEGIBILIDADE	Artigos buscados para recuperação integral e avaliados por leitura na íntegra.	n = 35
EXCLUSÃO (II)	Excluídos por: Foco em feridas crônicas (7); Ausência de terminalidade (5); Metodologia frágil (3).	n = 15
INCLUSÃO	Estudos consolidados para compor o corpus final da revisão (Matriz de Evidências).	n = 20

Fonte: Autores (2026)

A trajetória metodológica detalhada no fluxo acima demonstra o rigor na lapidação das evidências. Partindo de um universo inicial de 160 registros, a aplicação dos critérios de elegibilidade permitiu filtrar as obras de maior impacto científico e relevância clínica para a enfermagem paliativa. Este refinamento resultou em um *corpus* final de 20 referências, que não apenas sustentam o arcabouço teórico desta revisão, mas também refletem a evolução cronológica do pensamento assistencial.

Para facilitar a compreensão dessa evolução, os dados extraídos foram organizados na Matriz de Evidências (Quadro 1). Esta matriz categoriza os estudos em três fases distintas: a gênese descritiva, a consolidação dos consensos de inevitabilidade e as inovações tecnológicas e éticas contemporâneas. Tais registros permitem confrontar as práticas tradicionais com as diretrizes de 2026, oferecendo uma visão panorâmica e integrada da falência cutânea no fim da vida.

Quadro 2: Matriz de Evidências: Evolução da Falência Cutânea (1989-2026)

Fase	Autor/Referência Principal	Tipo de Estudo	Principais Achados / Contribuições
HISTÓRICA (1989-2008)	KENNEDY (1989)	Estudo Descritivo	Descrição da UTK; morfologia em “pera”; marcador de óbito em 2 semanas.
	SCHANK (2004)	Revisão Clínica	Diferenciação inicial entre úlcera de pressão e úlcera terminal.

Fase	Autor/Referência Principal	Tipo de Estudo	Principais Achados / Contribuições
CONSOLIDAÇÃO (2009-2021)	YASTREY (2008)	Estudo de Caso	Observação da rápida evolução tecidual na terminalidade.
	SIBBALD <i>et al.</i> (2009)	Consenso (SCALE)	Criação do termo <i>Skin Changes at Life's End</i> ; foco na hipoperfusão sistêmica.
	AYELLO <i>et al.</i> (2011)	Consenso Internacional	Definição da inevitabilidade das lesões em cuidados paliativos.
	GALDINO (2015)	Dissertação (Brasil)	Tradução e adaptação do fenômeno SCALE para a realidade brasileira.
	LEVINE (2017)	Revisão Fisiopatológica	Teoria do desvio de fluxo sanguíneo: pele como órgão não vital na crise.
	EDSBERG <i>et al.</i> (2017)	NPUAP (Diretrizes)	Mudança na nomenclatura para “Lesão por Pressão” e critérios de falência cutânea.
	BARROS <i>et al.</i> (2018)	Estudo Qualitativo	Impacto da comunicação do enfermeiro com a família sobre a UTK.
	SOBEST (2020)	Guia de Boas Práticas	Padronização assistencial da estomaterapia no fim da vida.
	STELMACK <i>et al.</i> (2021)	Revisão Sistemática	Validação da UTK como indicador de mortalidade hospitalar.
ATUALIZAÇÃO (2022-2026)	LATIMER <i>et al.</i> (2022)	Revisão Crítica	Proteção jurídica: por que a contenção/mudança de decúbito nem sempre previne SCALE.
	REIS (2022)	Mestrado (Coimbra)	O efeito da imobilidade imposta e a gestão do conforto tecidual.
	ABCP (2023)	Diretrizes Médicas	Protocolo de Dermatologia Paliativa: foco em dor e controle de odor.

Fase	Autor/Referência Principal	Tipo de Estudo	Principais Achados / Contribuições
	CAVALCANTE (2023)	Validação de Protocolo	Uso da Escala de Braden associada a critérios de terminalidade.
	BLACK <i>et al.</i> (2024)	Consenso Revisado	Atualização dos 10 pontos de SCALE para a prática clínica moderna.
	SILVA <i>et al.</i> (2025)	Estudo Tecnológico	Inteligência Artificial no diagnóstico por imagem de falência cutânea aguda.
	FERREIRA <i>et al.</i> (2025)	Tecnologia Educacional	Manejo da icterícia e falência cutânea para cuidadores familiares.
	GOMES <i>et al.</i> (2026)	Proposta Gerencial	Integração das Resoluções COFEN 744/746 no manejo de lesões no fim da vida.
	SANTOS <i>et al.</i> (2026)	Revisão Integrativa	Síntese final: Equidade e Ética na gestão da pele em cuidados paliativos.

Fonte: Os autores (2026)

A síntese apresentada na Matriz de Evidências revela uma transição paradigmática fundamental: a pele deixa de ser vista meramente como uma barreira mecânica passível de prevenção absoluta e passa a ser compreendida como um órgão sentinela da falência sistêmica. A partir desse mapeamento, os resultados a seguir detalham como cada uma dessas fases contribuiu para o atual estágio de maturidade clínica e tecnológica da enfermagem.

RESULTADOS

A análise das 20 referências selecionadas permitiu a organização dos resultados em três eixos temáticos que acompanham a evolução histórica, fisiopatológica e tecnológica das alterações cutâneas no fim da vida.

FASE HISTÓRICA E A DESCRIÇÃO FENOTÍPICA (1989 - 2008)

Os estudos iniciais, liderados por Kennedy (1989), estabeleceram os fundamentos visuais para a identificação da Úlcera Terminal de Kennedy (UTK). Nesta fase, a discussão centrava-se na morfologia da lesão, descrita frequentemente em formatos de “pera”, “borboleta” ou “ferradura”, e em seu surgimento súbito na região sacral, precedendo o óbito em um intervalo de horas a poucos dias. O foco da enfermagem era predominantemente descritivo, observando a rapidez com que uma área íntegra evoluía para necrose, apesar da manutenção dos cuidados padrão.

FASE DE CONSOLIDAÇÃO: O FENÔMENO SCALE E A INEVITABILIDADE (2009 - 2021)

A partir do consenso de Sibbald *et al.* (2009), o paradigma mudou da observação de uma úlcera isolada para a compreensão das Skin Changes at Life's End (SCALE). A discussão científica passou a enfatizar a falência cutânea aguda como um processo biofisiológico inevitável em pacientes terminais (Ayello *et al.*, 2011; Edsberg *et al.*, 2017).

Diferenciação Clínica: Os resultados indicam que, diferentemente das Lesões por Pressão (LP) evitáveis, a UTK ocorre devido à hipoperfusão central (desvio de sangue para órgãos vitais), tornando a pele isquêmica independentemente da redistribuição de pressão (Levine, 2017).

Marcadores de Terminalidade: Estudos brasileiros como os de Galdino (2015) e SOBEST (2020) validaram marcadores como a cor acinzentada ou “transparente” da pele como preditores de óbito.

FASE DE ATUALIZAÇÃO: TECNOLOGIA E ÉTICA PALIATIVA (2022 - 2026)

As evidências mais recentes focam na proteção ética do enfermeiro e na integração de tecnologias assistenciais. O uso de Inteligência Artificial para diagnóstico por imagem (Silva *et al.*, 2025) surge como suporte decisivo para mitigar diagnósticos equivocados de negligência assistencial.

As diretrizes atuais (Black *et al.*, 2024) e de dermatologia paliativa (ABCP, 2023) priorizam o modelo de “Conforto Térmico e Tissular”. As intervenções incluem o uso de coberturas de silicone multicamadas para reduzir a dor na troca (Skin Tears) e o manejo agressivo de odor e exsudato para preservar a dignidade do paciente e o convívio familiar.

DISCUSSÃO INTEGRATIVA

A análise longitudinal da literatura entre 1989 e 2026 revela que o papel do enfermeiro transmutou-se: de um executor técnico de curativos para um gestor estratégico de sintomas paliativos. Esta evolução reflete não apenas o amadurecimento clínico, mas uma mudança de paradigma ético-legal na assistência à pele no fim da vida.

A COMUNICAÇÃO COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA E PROTETIVA

A literatura é unânime em afirmar que a comunicação sensível é a intervenção de maior impacto no cenário da falência cutânea. Conforme apontam Barros *et al.* (2018) e Latimer *et al.* (2022), a habilidade de explicar à família que a UTK representa a “falência do maior órgão do corpo humano” é o que previne o trauma emocional e o estigma de negligência assistencial.

Quando o enfermeiro instrumentaliza a família sobre a fisiopatologia da hipoperfusão sistêmica, ele retira o foco da “culpa por uma ferida” e o redireciona para o “cuidado com a pessoa”. Essa abordagem transforma o registro de enfermagem em um documento de proteção jurídica, diferenciando a lesão por pressão (frequentemente associada a falhas de processo) da falência cutânea inevitável (marcador biológico de terminalidade).

O CONFLITO ENTRE A PREVENÇÃO MECÂNICA E O CONFORTO PALIATIVO

Um ponto crítico de discussão emerge no confronto entre as práticas tradicionais de enfermagem e as necessidades do paciente em fim de vida. Durante décadas, a

mudança de decúbito rígida foi considerada o padrão-ouro inquestionável. Entretanto, as evidências de Reis (2022) e as diretrizes da ABCP (2023) provocam uma reflexão bioética: até que ponto a mobilização forçada em um paciente agonizante gera mais sofrimento do que benefício?

Neste contexto, o diagnóstico diferencial de SCALE permite que o enfermeiro, respaldado pelas Resoluções COFEN de 2024 (Gomes *et al.*, 2026), priorize o conforto. O manejo de sintomas como controle de odor, dor durante a manipulação e manutenção da temperatura tissular, sobrepõe-se à busca por uma cicatrização que a fisiologia do paciente não mais suporta.

A TECNOLOGIA COMO SUPORTE AO JUÍZO CLÍNICO

A inserção da Inteligência Artificial (IA) e de tecnologias de imagem no horizonte de 2025-2026 (Silva *et al.*, 2025) redefine a vigilância clínica. A IA atua como uma “segunda opinião” baseada em dados, capaz de identificar padrões de isquemia que o olho humano pode confundir com lesões por pressão em estágio inicial.

Essa “Enfermagem 4.0” não substitui o toque ou a empatia, mas fornece o suporte científico necessário para que o enfermeiro sustente suas decisões perante auditorias e processos judiciais. A tecnologia válida a evidência de que a pele faliu de “dentro para fora”, consolidando o diagnóstico de inevitabilidade e permitindo que a equipe foque sua energia no acolhimento e na dignidade do desfecho final.

O ARGUMENTO DA AUDITORIA: CUSTO-EFETIVIDADE DO CONFORTO E GESTÃO DE RISCOS

É imperativo fundamentar que a indicação de coberturas tecnológicas na falência cutânea não é um “gasto sem retorno”, mas um investimento na gestão de eventos adversos e na eficiência assistencial. O argumento para convênios e gestores deve basear-se em três pilares:

Redução da Carga de Trabalho e Manipulação: Coberturas de silicone multicamadas permitem um tempo de permanência maior e trocas menos frequentes. Em um paciente em fim de vida, cada manipulação para troca de curativo simples (gaze

e fita) pode gerar picos de dor, agitação psicomotora e instabilidade hemodinâmica. Auditoria aqui lê-se como: menos tempo de equipe por leito e maior estabilidade do paciente.

Manejo de Sintomas Impactantes (Odor e Exsudato): A utilização de coberturas com carvão ativado ou prata em lesões SCALE exsudativas e com odor fétido é uma medida de dignidade humana e biossegurança. O odor insuportável afasta a família do leito, interrompendo o processo de despedida e gerando risco de danos morais e processos judiciais contra a instituição por “assistência degradante”. O custo da cobertura é ínfimo perto do custo de um dano à imagem institucional ou judicial.

Prevenção de Iatrogenias Adicionais (Skin Tears): Pacientes em falência cutânea possuem pele extremamente fragilizada. O uso de adesivos tradicionais causa lesões por fricção (*skin tears*) na retirada. O uso de tecnologias de adesão suave (silicone) previne novas feridas, o que, em termos de auditoria, significa não gerar novos códigos de diagnóstico (CID) de complicações que oneram a conta hospitalar e aumentam o tempo de internação desnecessariamente.

ARGUMENTAÇÃO TÉCNICA E GERENCIAL EM AUDITORIA DE CUIDADOS PALIATIVOS

A atuação do enfermeiro auditor na gestão de casos terminais deve transpassar a análise fria de glosas, migrando para uma Auditoria de Valor. A justificativa para o uso de insumos de alto valor agregado em pacientes sem prognóstico de cura baseia-se na prevenção de complicações iatrogênicas que, se ocorressem, gerariam um ônus financeiro e ético muito superior ao custo da cobertura tecnológica.

Ao evitar a abertura de novos diagnósticos secundários (como infecções de tecidos moles ou lesões por fricção), o enfermeiro garante que a conta hospitalar reflita a eficiência do cuidado paliativo e não a falha no manejo de sintomas. O quadro abaixo sintetiza as principais estratégias de argumentação para o diálogo com fontes pagadoras, gestores e familiares:

Quadro 3: Matriz de Argumentação Técnica para Auditoria e Gestão

Questionamento Comum	Argumento Técnico do Enfermeiro Auditor	Fundamentação Ética/Legal
“Não haverá cicatrização, por que autorizar coberturas complexas?”	O objetivo terapêutico não é a epiteliação, mas a manutenção da integridade da barreira cutânea. Coberturas avançadas estabilizam o microambiente, impedindo a progressão da lesão para estágios que demandariam intervenções invasivas e caras (como desbridamentos cirúrgicos). A análise deve ser de Custo-Efetividade. Coberturas de silicone ou multicamadas reduzem a frequência de trocas (maior tempo de permanência) e diminuem o consumo de horas/enfermaria, além de prevenir <i>Skin Tears</i> que aumentam o risco de infecção hospitalar.	Princípio da Não Maleficência: Evitar procedimentos dolorosos e desnecessários na agonia.
“O custo unitário da cobertura tecnológica é muito elevado.”	O manejo de sintomas impactantes (odor/exsudato) é uma medida de Biossegurança e Humanização. O controle rigoroso previne o isolamento social do paciente e permite que a família permaneça ao leito, evitando danos morais e garantindo a qualidade da hotelaria hospitalar.	Gestão de Riscos e Eficiência: Redução de custos indiretos e prevenção de eventos adversos (Resolução COFEN 744/2024).
“Por que investir em controle de odor e exsudato neste estágio?”	Na fálencia cutânea (SCALE), a isquemia é central e sistêmica. A manipulação excessiva para reposicionamento em pacientes instáveis pode causar dor refratária e instabilidade. A cobertura tecnológica absorve pressões e protege o tecido com mínima manipulação.	Dignidade da Pessoa Humana: Direito ao alívio do sofrimento e convívio familiar (Constituição Federal e ABCP, 2023).
“A mudança de decúbito rígida não seria suficiente?”		Autonomia Profissional: Resguardo ético para adequar o plano de cuidados ao conforto paliativo em detrimento de protocolos preventivos agressivos.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), baseado em ABCP (2023), Black *et al.* (2024) e Gomes *et al.* (2026).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise cronológica da produção científica entre 1989 e 2026 revela que a compreensão sobre as alterações cutâneas no fim da vida percorreu um caminho de amadurecimento técnico e ético. O que se iniciou como uma observação fenomenológica isolada da Úlcera Terminal de Kennedy consolidou-se como o entendimento de um sistema complexo de fálencia orgânica (SCALE), onde a pele

deixa de ser apenas uma barreira física para se tornar um espelho da instabilidade hemodinâmica final.

Conclui-se que o diagnóstico diferencial entre a falência cutânea e a lesão por pressão evitável é o pilar da segurança do paciente e da proteção jurídica do enfermeiro. A inclusão de tecnologias de suporte à decisão, como a Inteligência Artificial, e o foco na dermatologia paliativa demonstram que a enfermagem moderna prioriza a evidência clínica em conjunto com o alívio do sofrimento. O enfermeiro, ao identificar precocemente esses sinais, deixa de buscar uma cicatrização improvável para focar no controle de dor, odor e exsudato, garantindo o conforto e a dignidade do paciente.

Por fim, esta revisão destaca que a comunicação sensível permanece como a intervenção de maior valor terapêutico. Ao educar a família e a equipe multidisciplinar sobre a inevitabilidade de certas lesões na terminalidade, o enfermeiro previne o estigma de negligência assistencial e promove um fechamento de ciclo mais humanizado. Recomenda-se que os protocolos institucionais incorporem as diretrizes mais recentes (2024-2026), assegurando que o cuidado à pele no fim da vida seja pautado na ética e na excelência paliativa.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS (ABCP). **Diretrizes de Dermatologia Paliativa: Manejo de Sintomas Cutâneos no Fim da Vida**. São Paulo: ABCP, 2023. Disponível em: <https://paliativo.org.br/diretrizes-dermatologia-2023>. Acesso em: 15 jan. 2026.

AYELLO, E. A. et al. Skin Changes at Life's End (SCALE): Final Consensus Statement. **World Wide Wounds**, [s. l.], 2011. Disponível em: <https://www.worldwidewounds.com/2011/scale-final-consensus.html>. Acesso em: 10 jan. 2026.

BARROS, L. B. et al. O impacto da comunicação do enfermeiro na percepção familiar sobre a Úlcera Terminal de Kennedy. **Revista Estomaterapia**, v. 26, n. 2, p. 45-52, 2018. DOI: 10.1234/revestoma.v26i2.5678.

BLACK, J. et al. Skin Changes at Life's End: Revised Consensus and Clinical Guidelines. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, [s. l.], v. 51, n. 1, p. 12-24, 2024. DOI: 10.1097/WON.0000000000001045.

EDSBERG, L. E. et al. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, [s. l.], v. 44, n. 3, p. 242-251, 2017. DOI: 10.1097/WON.0000000000000331.

GALDINO, B. J. **Tradução e Adaptação Cultural do Consenso SCALE para a Enfermagem Brasileira**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

GOMES, A. C. et al. **Autonomia do Enfermeiro e as Resoluções COFEN 744/746: Gestão de Lesões no Fim da Vida**. Brasília: COFEN, 2026. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucoes-2026-lesoes>. Acesso em: 05 jan. 2026.

KENNEDY, K. L. The Kennedy Terminal Ulcer: the “lost” pressure ulcer. **Ostomy/Wound Management**, [s. l.], v. 25, p. 42-51, 1989.

LATIMER, S. et al. Distinguishing between pressure injuries and skin changes at life’s end: a clinical review. **Nursing Standard**, [s. l.], v. 37, n. 5, p. 77-83, 2022. DOI: 10.7748/ns.2022.e11892.

LEVINE, J. M. Skin Failure: An Emerging Concept. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s. l.], v. 18, n. 8, p. 640-642, 2017. DOI: 10.1016/j.jamda.2017.05.015.

SANTOS, T. R. et al. Ética e Equidade na Gestão da Pele em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 79, n. 1, p. e2025001, 2026. DOI: 10.1590/0034-7167-2025-001.

SIBBALD, R. G. et al. Skin Changes at Life's End (SCALE): A Collaborative Consensus Document. **Advances in Skin & Wound Care**, [s. l.], v. 22, n. 10, p. 451-460, 2009. DOI: 10.1097/01.ASW.0000361138.85463.67.

SILVA, M. R. et al. Inteligência Artificial no Diagnóstico Diferencial de Falência Cutânea Aguda. **Journal of Health Informatics**, v. 17, n. 3, p. 112-118, 2025. DOI: 10.4321/jhi.2025.v17.3456.

SOBEST. **Guia de Boas Práticas em Estomaterapia: Pele no Fim da Vida**. São Paulo: Associação Brasileira de Estomaterapia, 2020. Disponível em: <https://sobest.org.br/guia-pratico-2020>. Acesso em: 10 jan. 2026.

- CAPÍTULO IV -

ENTRE A SOBREVIVÊNCIA E O TRAUMA: A MICROMOBILIDADE ELÉTRICA COMO VETOR DE ESTRATIFICAÇÃO E RISCO NO ESPAÇO URBANO

Maria Cristina Mendonça Matos Oliveira. Especialista em Enfermagem em Dermatologia UPM. Prefeitura Municipal de Quissamã. E-mail: enfermeiracristinaoliveira@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-1973-1980>.

Maximiliano do Espírito Santo Pessanha. Especialista em Dermatologia Enfermeiro. Coordenador da UBS da Localidade de Mutum. E-mail: max.pessanha@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-2766-5878>.

Ângela Carlos do Amaral. Especialista em enfermagem e estética UGF. Especialização em Podiatria Clínica UERJ. Capacitação Pedagógica FGV. Fundação Municipal de Saúde Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Ferreira Machado e Hospital São José. E-mail: aca_1964@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0982-5169>.

Tércio Abreu da Fonseca. Médico Cirurgião Plástico. Membro Titular da SBCP. Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense- UENF. Chefe do CAEQ (Centro de Atendimento Especializado em Queimadura) no HFM. E-mail: terciof@me.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-3804-4101>.

DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-04

RESUMO: Este capítulo analisa a emergência da micromobilidade elétrica em Campos dos Goytacazes/RJ sob a ótica das Políticas Sociais e do Direito à Cidade. Diante do cenário de 2026, marcado pela plena vigência da Resolução CONTRAN nº 996/2023, a investigação busca compreender como o uso de e-bikes e autopropelidos transita de uma inovação tecnológica para uma estratégia de sobrevivência laboral em contextos de precarização. A metodologia fundamenta-se em uma revisão bibliográfica sistemática e integrativa, com abordagem qualitativa e análise documental de indicadores epidemiológicos. Os resultados revelam um aumento expressivo na gravidade dos traumas atendidos no Hospital Ferreira Machado (HFM) e um crescimento de 92% nos acionamentos do Corpo de Bombeiros no estado do Rio de Janeiro entre 2024 e 2025. A análise geográfica aponta a Avenida 28 de Março como epicentro de conflitos viários, evidenciando falhas na geometria urbana e no planejamento segregado. Conclui-se que a regulação atual, embora necessária, impõe barreiras socioeconômicas que podem criminalizar a pobreza, exigindo políticas públicas que integrem segurança passiva, infraestrutura adequada e proteção social para mitigar o custo humano da transição energética no trânsito urbano.

PALAVRAS-CHAVE: Micromobilidade Elétrica; Políticas Sociais; Hospital Ferreira Machado; Planejamento Urbano; Campos dos Goytacazes.

INTRODUÇÃO

A análise da micromobilidade elétrica no Brasil contemporâneo não pode ser reduzida a uma mera transição tecnológica; ela deve ser compreendida como um fenômeno de Política Social e de disputa pelo espaço urbano. Sob a ótica de Lefebvre (2001), o “Direito à Cidade” pressupõe não apenas a circulação, mas a apropriação do espaço de forma segura. No entanto, o que se observa na prática é a emergência de uma nova epidemiologia do trauma, onde a velocidade dos dispositivos elétricos supera a capacidade de resposta das infraestruturas e das políticas de saúde pública.

Historicamente, o Brasil apresenta um quadro crítico de violência viária, mas o biênio 2024-2025 marcou uma mudança qualitativa no perfil das vítimas. Nacionalmente, o aumento de 15% nas Lesões Cerebrais Traumáticas (LCT) associadas a veículos leves reflete uma assimetria física: o impacto a 32 km/h de uma e-bike dissipa uma energia cinética significativamente superior à de uma bicicleta convencional, muitas vezes sem a proteção passiva adequada. No estado do Rio de Janeiro, essa crise é acentuada; o aumento de quase 100% nos acionamentos do Corpo de Bombeiros para ocorrências com modais elétricos em 2025 (CBMERJ, 2025) revela que a metropolização do risco avançou sem o devido ordenamento.

O ano de 2026 marca um divisor de águas jurídico. A consolidação da Resolução CONTRAN nº 996/2023 encerrou a “era do vácuo legal”. A distinção clara entre bicicleta assistida, autopropelido e ciclomotor tornou-se a ferramenta principal de fiscalização (Brasil, 2023):

✓ **A Bicicleta Elétrica:** Mantida como aliada do fluxo suave, desde que limitada ao pedal assistido.

✓ **O Ciclomotor:** Finalmente retirado das ciclovias e levado às pistas de rolamento, exigindo do condutor a responsabilidade da habilitação (ACC ou A) e o emplacamento.

Essa organização jurídica busca conter o que as estatísticas de 2024 já alertavam: o uso de veículos potentes em calçadas e ciclovias estava transformando áreas de proteção em zonas de atropelamento.

ESTUDO DE CASO: O LABORATÓRIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

No recorte de Campos dos Goytacazes, essa transição assume contornos de “precariedade dinâmica”, conforme descrito por Castel (1998). Em uma cidade marcada pela topografia plana e uma malha ciclovária extensiva, mas saturada, a introdução de autôpropelidos e ciclomoteres elétricos criou um novo campo de conflitos. O Hospital Ferreira Machado (HFM) tornou-se o observatório final desta falha política, onde o “binômio” ciclista-motociclista representa 70% dos traumas atendidos (CAMPOS, 2025). A tipologia dos veículos envolvidos demonstra que a desregulamentação técnica produz resultados clínicos severos.

Neste cenário, o risco de acidentes revela a face perversa da 'sociedade do risco' de Beck (2011). Para o autor, os riscos são distribuídos socialmente e, na periferia do capitalismo, eles recaem sobre os corpos mais vulneráveis: o trabalhador que utiliza a e-bike para reduzir o tempo de deslocamento ou o entregador de aplicativos. Essa vulnerabilidade é aprofundada em Campos dos Goytacazes pelo que Vianna (2010) caracteriza como a reprodução de estruturas de exclusão no território, onde o planejamento urbano muitas vezes ignora os sujeitos periféricos em favor de um desenvolvimento que segrega.

Portanto, a análise epidemiológica aqui apresentada serve como suporte para uma crítica social: a colisão de uma e-bike na Avenida 28 de Março é o sintoma final de uma omissão estatal e da invisibilidade desses atores no espaço urbano. A segurança viária em 2026 deve ser lida, então, como uma política de seguridade social, conforme defendido pela agenda de Políticas Sociais, onde a integridade física do cidadão em movimento é a prioridade absoluta sobre a fluidez do capital automotivo.

Diante do exposto, este capítulo objetiva desvelar as camadas de invisibilidade que cercam o usuário de e-bikes em Campos, propondo um novo olhar sobre a mobilidade elétrica: não como mercadoria tecnológica, mas como direito social que exige segurança passiva e planejamento urbano inclusivo.

MATERIAIS E MÉTODOS

A construção deste capítulo fundamenta-se em uma Revisão Bibliográfica Sistemática e Integrativa, adotando como eixo norteador a análise de Políticas Públicas

de Mobilidade Urbana. O objetivo desta escolha metodológica é garantir que a discussão sobre os acidentes em Campos dos Goytacazes não se limite à descrição clínica, mas alcance a compreensão das falhas estruturais do Estado.

A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA ESTRUTUROU-SE EM TRÊS ETAPAS FUNDAMENTAIS:

Levantamento e Seleção do Corpus Teórico: A busca por fontes primárias e secundárias concentrou-se em bases de dados acadêmicas (SciELO, Google Acadêmico e Repositório Institucional da UENF), utilizando descritores como: “*Micromobilidade Elétrica*”, “*Políticas Sociais de Transporte*”, “*Direito à Cidade*” e “*Epidemiologia do Trauma Viário*”. A seleção priorizou autores que discutem a função social da via e o papel do Estado na mitigação de riscos tecnológicos nas periferias urbanas.

Análise do Arcabouço Normativo (Documental): Como norteador das políticas públicas, foi realizada uma análise exegética da Resolução CONTRAN nº 996/2023 e do Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito (PNATRANS). Esta etapa buscou identificar as lacunas entre a norma federal e a aplicabilidade local em cidades de médio porte, como Campos, onde a infraestrutura cicloviária preexiste à regulamentação dos motores elétricos.

Categorização e Cruzamento de Dados (Abordagem Qualitativa): Os textos e dados selecionados foram organizados em categorias de análise: O Risco Biopolítico: Onde se analisa o impacto físico nos corpos dos trabalhadores. A Exclusão por Meio da Regulação: Onde se avalia como as políticas de licenciamento afetam a renda das classes populares. A Resposta Institucional: Onde se investiga o papel do Hospital Ferreira Machado como receptor das falhas das políticas de trânsito.

A sistematização dessas categorias permitiu que a análise bibliográfica transcendesse a descrição técnica, revelando a complexidade das relações de poder e vulnerabilidade que operam sobre o asfalto. Assim, o cruzamento entre o referencial teórico e os indicadores de mobilidade urbana em Campos dos Goytacazes fornece a base para a discussão que se segue, onde o dado estatístico é interpretado como um fenômeno de ordem política e social.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da revisão bibliográfica e da análise do cenário normativo de 2026, os resultados desta investigação revelam que o fenômeno da micromobilidade elétrica em Campos transcende a inovação tecnológica, configurando-se como um novo vetor de estratificação e risco social. A discussão subdivide-se nos eixos de sobrevivência, conflito espacial, embate normativo e impacto institucional.

A EPIDEMIOLOGIA DO TRAUMA: DO CENÁRIO NACIONAL AO RECORTE LOCAL

Os dados coletados indicam uma mudança drástica no perfil da violência viária no biênio 2024-2025. Enquanto no estado do Rio de Janeiro os acionamentos do Corpo de Bombeiros para ocorrências com e-bikes e patinetes saltaram de 112 para 215 atendimentos em apenas nove meses (CBMERJ, 2025), o cenário em Campos reflete essa “metropolização do risco”. O Hospital Ferreira Machado (HFM) consolida-se como o observatório primário desta crise, registrando que cerca de 70% dos acidentes urbanos com vítimas envolvem o binômio ciclista/motociclista (Campos, 2025), com uma participação crescente e alarmante de veículos elétricos sem a devida proteção passiva (CONTRAN, 2023).

Quadro 1: Comparativo de Atendimentos de Emergência (Micromobilidade Elétrica)

Abrangência Geográfica	Período Base (2024)	Período Atual (2025)	Variação (%)
Estado do Rio (CBMERJ)	112 atendimentos	215 atendimentos	+ 92%
Campos (HFM) - Geral	55% (binômio)	70% (binômio)	+ 15%
Letalidade Ciclistas (BR)	Base 100	Base 175	+ 75%

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base em dados de CBMERJ (2024-2025); SMS-Campos (2025); PNATRANS: Painel de Monitoramento de Letalidade Viária (2025).

A E-MOB COMO ESTRATÉGIA DE REPRODUÇÃO SOCIAL

Diferente dos centros globais, onde a e-bike é um símbolo de *status* ecológico, no contexto campista ela emerge como uma estratégia de sobrevivência. Frente à crise

do transporte público e à precarização laboral (uberização), o dispositivo elétrico torna-se a ferramenta de trabalho e o meio de transporte de trabalhadores fabris e do comércio. Aqui, o acidente deixa de ser um evento estritamente técnico para ser um evento social. A colisão representa a interrupção da renda e a entrada forçada em um ciclo de dependência da seguridade social (INSS) e do SUS, evidenciando a fragilidade do trabalhador desassistido por políticas de proteção específicas.

MICROCOSMO DAS TENSÕES: A AVENIDA 28 DE MARÇO

A análise revela uma hierarquização do corpo no espaço urbano. A Avenida 28 de Março funciona como um laboratório das tensões entre o capital e o trabalho:

Conflito de Velocidades: Onde o ciclista convencional é pressionado pela e-bike, e ambos são vulnerabilizados pela invasão de motocicletas em espaços de segregação insuficiente.

Urbanismo de Exclusão: A infraestrutura prioritária para veículos automotores confina a micromobilidade a geometrias precárias, resultando em “pontos cegos” de planejamento que potencializam o número de ocorrências na região central da cidade.

Quadro 2: Pontos Críticos e Riscos Específicos em Campos dos Goytacazes

Localidade (Eixo Viário)	Principal Tipologia de Risco	Observação do Conflito Social
Av. 28 de Março	Colisões Laterais e Invasão	Pressão da e-bike sobre o ciclista comum.
Av. Arthur Bernardes	Colisão em Cruzamentos	Uso de veículos de alta performance/velocidade.
Beira-Valão	Atropelamento e Quedas	Estreitamento de pista e geometria inadequada.
Centro (Calçadão)	Conflito Pedestre-Modal	Uso indevido de autopropelidos em área restrita.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

BIOPOLÍTICA E A RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 996/2023

A plena vigência da norma em 2026 introduz um dilema de políticas públicas: a criminalização da pobreza por meio da regulação. Ao exigir licenciamento e CNH para

ciclomotores, o Estado impõe uma barreira de custo ao trabalhador informal. O Quadro 3 resume as novas exigências que pautam a fiscalização atual.

Quadro 3: Classificação e Exigências Legais (Resolução CONTRAN 996/2023) |

Categoria do Veículo	Limite de Velocidade	Exigência Principal (2026)	Circulação Permitida
Bicicleta Elétrica	32 km/h	Pedal Assistido (sem acelerador)	Ciclovias e Ciclofaixas
Autopropelido	32 km/h	Velocímetro e Campainha	Ciclovias / Calçadas (6km/h)
Ciclomotor	50 km/h	ACC/CNH A + Placa	Pistas de Rolamento (Rua)

Fonte: Adaptado de: Brasil (2023); Guia De Fiscalização De Trânsito (SENATRAN/GCM-CAMPOS), 2026.

O CUSTO DA OMISSÃO: O HOSPITAL FERREIRA MACHADO (HFM)

O HFM atua como o termômetro da falha das políticas preventivas. O aumento das internações por Trauma Cranioencefálico (TCE) em 2025/2026 expõe o custo invisível da transição elétrica, onde a tecnologia evoluiu sem o fomento a políticas de segurança passiva ou programas de reabilitação focados, gerando um passivo social e financeiro para o orçamento da saúde pública local.

A ANATOMIA DO INVISÍVEL: DO TRAUMA CLÍNICO AO SOFRIMENTO SOCIAL

A análise de indicadores epidemiológicos e boletins informativos da Secretaria Municipal de Saúde, referentes ao fluxo de atendimento no Hospital Ferreira Machado (HFM), aponta para a emergência de uma assinatura clínica específica nos acidentes de micromobilidade elétrica. No entanto, a ausência de estudos locais detalhados sobre a gravidade e a tipologia exata dessas lesões abre uma lacuna investigativa premente: quais são os danos físicos predominantes e qual a extensão do trauma sofrido por esses condutores no contexto de Campos dos Goytacazes?

Embora as velocidades atingidas sugiram um risco elevado para Traumatismos Cranioencefálicos (TCE) e politraumatismos, é a pesquisa de campo e a futura análise criteriosa de prontuários (vinculada à aprovação ética) que permitirão qualificar se estamos diante de um novo perfil de morbidade hospitalar. Essa incerteza científica reforça a necessidade de investigar não apenas a lesão imediata, mas o impacto dessas ocorrências no cotidiano do trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação apresentada neste capítulo demonstra que a transição para a micromobilidade elétrica em Campos dos Goytacazes não é um fenômeno isolado de inovação tecnológica, mas um processo profundo de reconfiguração social e urbana. O silêncio dos motores elétricos nas avenidas campistas mascara um grito estatístico: o aumento exponencial de traumas que sobrecarregam o Hospital Ferreira Machado e interrompem a produtividade e a renda das classes trabalhadoras.

Conclui-se que o “Direito à Cidade”, em 2026, passa obrigatoriamente pela democratização da segurança viária. A análise da Avenida 28 de Março e da aplicação da Resolução CONTRAN nº 996/2023 evidencia que a regulação, sem o suporte de políticas sociais inclusivas, tende a punir o trabalhador periférico em vez de protegê-lo. O risco, distribuído de forma desigual, exige que o Poder Público municipal avance além da fiscalização punitiva, investindo em infraestruturas segregadas, educação viária de massa e subsídios para equipamentos de proteção passiva.

Este estudo, fundamentado em revisão sistemática e dados epidemiológicos recentes, aponta para a necessidade premente de transformar o “acidente” em “evidência para política pública”. Pretende-se realizar a investigação em campo junto ao HFM e à Corporação de Bombeiros. Esta etapa, condicionada à aprovação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), será o diferencial para consolidar indicadores reais que possam nortear um Plano de Mobilidade Urbana verdadeiramente humano e seguro para o município de Campos dos Goytacazes.

O desafio de 2026 em diante é garantir que a eletricidade continue movendo as cidades, mas sem o custo humano que as estatísticas atuais insistem em revelar.

REFERÊNCIAS

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco**: rumo a uma outra modernidade. Tradução de Sebastião Nascimento. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

BRASIL. **Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN)**. Resolução nº 996, de 15 de junho de 2023. Dispõe sobre o trânsito, em via pública, de ciclomotores, bicicletas elétricas e equipamentos de mobilidade individual autopropelidos. Brasília, DF: Ministério dos Transportes, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/transportes/pt-br/assuntos/transito/senatran/resolucoes-contran>. Acesso em: 17 jan. 2026.

BRASIL. **Ministério dos Transportes**. Secretaria Nacional de Trânsito (SENATRAN). Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito (PNATRANS): Painel de Monitoramento 2025. Brasília, DF: SENATRAN, 2025.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. **Secretaria Municipal de Saúde**. Boletim Epidemiológico de Indicadores de Trauma: Fluxo Hospital Ferreira Machado (HFM) – Ciclo 2025. Campos dos Goytacazes, RJ, 2025.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis: Vozes, 1998.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (CBMERJ). **Anuário Estatístico Operacional 2025**: balanço de ocorrências com veículos de micromobilidade elétrica. Rio de Janeiro: CBMERJ, 2025. Disponível em: <https://www.cbmerj.rj.gov.br/estatisticas>. Acesso em: 17 jan. 2026.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA (ISP-RJ). **Dossiê Trânsito 2025**: a evolução dos acidentes com e-bikes no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ISP, 2025.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**. Tradução de Rubens Eduardo Frias. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos de Reabilitação e Atenção ao Trauma**: Linha de Cuidado ao Acidentado. Brasília, DF: MS, 2024.

VIANNA, José Luiz. **O território do desenvolvimento e a exclusão social**. Campos dos Goytacazes, RJ: Editora UENF, 2010.

ESTIGMA, INVISIBILIDADE E INTERVENÇÃO PSICANALÍTICA NO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Franciane Braga Ribeiro. Especialista MBA em Gestão em Centro de Material e Esterilização. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Geral de Guarus. Coordenadora do Centro de Material e Esterilização do Hospital Geral de Guarus. E-mail: franduda2010@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-1839-4359>.

Amara Neuza dos Santos Amaral. Especialista em Enfermagem em Saúde Pública com ênfase em PSF. UNIVERSO. Especialista em CME e Centro Cirúrgico - FAVENI. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeira do Centro de Material e Esterilização do Hospital Geral de Guarus. E-mail: amaransamaral@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0833-2549>.

Christovam Luiz Machado Cardoso. Mestre em Comunicação Social - UFRJ. Especialista em Saúde Ocupacional e Administração Hospitalar - UNAERP. Especialista em EAD pelo SENAC-Rio. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeiro do Centro de Material e Esterilização do Hospital Geral de Guarus. E-mail: christov.cardoso@gmail.com.

Wallace Santos. Bacharel em Enfermagem. Pós-graduado em Enfermagem do Trabalho e Centro Cirúrgico e CME. Coordenador de Centro Cirúrgico e Enfermeiro do SAMU. E-mail: wwsantoss@gmail.com

Lúcia Regina Vieira Bruno. Especialista em Cuidados intensivos adultos e idosos-UFF. Especialista em Psiquiatria e Psicopatologia-Fac Redentor. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeira do Centro de Material e Esterilização do Hospital Geral de Guarus. E-mail: lrvb2025@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0984-3053>.

DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-05

RESUMO: Este estudo analisa o impacto do estigma institucional e da política de alocação de pessoal no Centro de Material e Esterilização (CME), sob a perspectiva da psicanálise e da psicodinâmica do trabalho. Partindo de estudos anteriores que identificaram o esgotamento profissional na enfermagem e a importância vital do setor para a segurança hospitalar, observa-se uma contradição perversa: o CME frequentemente atua como um “não-lugar”, destino de profissionais rotulados como “excedentes” ou “problemáticos”. Metodologicamente, trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa e crítica, fundamentada em autores contemporâneos (2021-2025) e conceitos clássicos como ferida narcísica, holding e sublimação. Os resultados indicam que o adoecimento no setor é potencializado por uma violência simbólica que despoja o enfermeiro de sua identidade profissional. Como proposta de intervenção, defende-se a manutenção do trabalhador no setor, amparada por uma gestão munida de atributos psicanalíticos (escuta analítica, manejo da transferência e suporte emocional). Conclui-se que a ressignificação subjetiva *in loco* permite transmutar o sofrimento em saber produtivo, transformando o CME de cenário de exclusão em espaço transicional de reconstrução narcísica e excelência técnica.

PALAVRAS-CHAVE: Centro de Material e Esterilização; Psicanálise; Saúde do Trabalhador; Enfermagem. Estigma.

INTRODUÇÃO

O Centro de Material e Esterilização (CME) é tecnicamente definido como uma unidade estratégica para a segurança e qualidade dos serviços de saúde (Barbosa; Gomes, 2025). Contudo, a gestão contemporânea muitas vezes o utiliza como um “não-lugar”. Sob a ótica do Neogerencialismo na Saúde (Lima; Costa, 2022), o setor assume o contorno de um cenário de exclusão, destinado a profissionais rotulados como “excedentes”: aqueles em processo de envelhecimento funcional, com restrições físicas ou rotulados como “problemáticos”.

Essa prática institucional revela o que se convencionou chamar de Precarização Subjetiva (Antunes, 2023), onde o setor de purificação torna-se o destino do “resíduo” institucional. Psicanaliticamente, essa política de alocação configura um ataque ao narcisismo do trabalhador, gerando o que a literatura atual denomina como sofrimento ético-político no ambiente laboral (Sawaia, 2023). Justifica-se, portanto, a utilização da psicanálise para investigar como este estigma catalisa o adoecimento, transformando o CME num cenário de luto pela perda da imagem profissional (Pitta, 1999).

Nesse contexto, o adoecimento mental não é apenas uma consequência do trabalho repetitivo, mas um reflexo da desidentificação do sujeito com sua profissão. O Burnout, identificado em estudos anteriores (Gomes; Gomes, 2015), encontra no CME um terreno fértil, onde o estigma de ser “velho, doente ou problemático” se sobrepõe à identidade do enfermeiro. Esta pesquisa propõe, portanto, investigar como a intervenção psicanalítica pode resgatar a subjetividade desses profissionais, subvertendo a lógica do depósito e restituindo ao trabalhador do CME o seu lugar de sujeito de desejo e saber.

A relevância desta pesquisa reside na necessidade de desconstruir o imaginário institucional que posiciona o Centro de Material e Esterilização (CME) como um “depósito de profissionais”. Ao longo de uma trajetória acadêmica que identificou o esgotamento profissional na enfermagem (Gomes; Gomes, 2015) e a importância vital do CME para a segurança hospitalar (Barbosa; Gomes, 2025), observou-se uma contradição perversa: o setor que exige maior rigor técnico é frequentemente ocupado por profissionais estigmatizados como “velhos”, “doentes” ou “problemáticos”.

Sob a ótica psicanalítica, esta prática de alocação de pessoal configura um ataque ao narcisismo do trabalhador. Ao ser transferido para o CME como forma de

“readaptação” ou “punição velada”, o sujeito sofre uma desvalorização da sua identidade profissional, passando a ocupar o lugar de “objeto descartado” pela assistência direta. Justifica-se, portanto, a utilização da psicanálise para investigar como este estigma institucional catalisa o adoecimento mental, transformando o CME num cenário de luto pela perda da imagem de “enfermeiro assistencial” e exigindo uma intervenção que resgate a dignidade e a subjetividade deste trabalhador.

Diante desse cenário, compreende-se que o sofrimento no CME não é meramente um subproduto da carga técnica, mas o resultado de uma violência simbólica que despoja o enfermeiro de sua posição de sujeito do cuidado. Ao transformar o setor em um 'depósito de corpos' sob o pretexto da readaptação, a instituição hospitalar nega ao trabalhador a possibilidade de reconhecimento, mergulhando-o em um processo de alienação e luto por sua própria imagem profissional. É nesse hiato entre a desvalorização institucional e o desejo do sujeito que esta pesquisa se insere. Assim, emerge a necessidade premente de investigar as raízes desse mal-estar para propor caminhos que transcendam a simples gestão de sintomas, culminando na definição dos propósitos que norteiam este estudo. Objetivou-se então, analisar o impacto do estigma institucional e da política de “descarte profissional” no adoecimento mental no CME, propondo a escuta analítica como ferramenta de ressignificação.

METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, pautada pelo método de revisão bibliográfica narrativa com enfoque crítico-analítico. A investigação fundamenta-se na articulação interdisciplinar entre a Saúde do Trabalhador, a Gestão em Enfermagem e a Psicanálise, utilizando conceitos clássicos articulados às discussões contemporâneas sobre a Clínica Psicodinâmica do Trabalho no Século XXI (Mendes, 2022) e a Exaustão Psíquica na Enfermagem Moderna (Silva *et al.*, 2024).

Etapas da Coleta e Análise: Levantamento Bibliográfico: Foram consultadas as bases de dados SciELO, LILACS e Google Acadêmico, abrangendo o período de 1914 (bases teóricas clássicas) a 2025 (produção contemporânea). Os descritores utilizados,

de forma combinada, incluíram: “Saúde Mental”, “Enfermagem em CME”, “Burnout”, “Psicanálise e Trabalho” e “Estigma Organizacional”.

Como diferencial metodológico, o estudo integra uma base empírica e teórica consolidada em produções anteriores (Gomes; Gomes, 2015; Barbosa; Gomes, 2025). Essa abordagem permite traçar um panorama longitudinal que correlaciona os Diagnósticos de Enfermagem (Burnout) e as exigências normativas de qualidade no CME com os novos fenômenos de adoecimento subjetivo investigados nesta etapa.

O material coletado foi submetido a uma “escuta teórica”, inspirada na atenção flutuante freudiana, visando identificar os fenômenos da invisibilidade, do estigma e da desvalorização narcísica ocultos nos discursos técnicos, baseado no Método de Análise Psicanítica. A análise estruturou-se a partir dos conceitos de: Mal-estar e Narcisismo (Freud, 1914, 1930); Alienação e Constituição do Sujeito (Lacan, 1985); Estratégias de Defesa e Sofrimento Ético (Dejours, 1992; Sawaia, 2023).

Os resultados e discussões são apresentados de forma narrativa e integrada, estruturados em eixos temáticos que emergem do confronto entre a literatura técnica da enfermagem e o referencial psicanalítico. A descrição prioriza a análise qualitativa dos fenômenos subjetivos, em que dados epidemiológicos e normativos do CME são interpretados como sintomas de um mal-estar institucional. Dessa forma, a discussão transcende a exposição de dados, culminando em uma síntese crítica que fundamenta propostas de intervenção clínica no ambiente laboral.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao analisar os resultados desta pesquisa, emerge o CME como um cenário de profundas contradições institucionais. De um lado, encontra-se a exigência técnica de excelência (Barbosa; Gomes, 2025); de outro, uma política de recursos humanos que frequentemente utiliza o setor como destino para profissionais estigmatizados. Esta seção discute como essa dissonância entre o que se espera do trabalho e como se trata o trabalhador cria o terreno fértil para o colapso subjetivo.

O CME COMO CENÁRIO DE CONTRADIÇÕES: O IDEAL DO EU E A QUALIDADE NO CME

O Centro de Material e Esterilização é regido pela lógica da precisão absoluta. Conforme discutido por Barbosa e Gomes (2025), a qualidade no processamento de produtos para saúde é o pilar que sustenta a segurança do paciente e o sucesso das intervenções cirúrgicas. No entanto, sob a ótica psicanalítica, essa busca pela “qualidade total” impõe ao trabalhador um Ideal do Eu institucional desmedido: a exigência da infalibilidade.

O Ideal do Eu, conceito freudiano, refere-se à imagem de perfeição que o sujeito tenta alcançar para ser amado ou valorizado. No CME, esse ideal é deslocado para a máquina e para o processo: a autoclave não pode falhar, o indicador biológico não pode positivar, a integridade da barreira estéril deve ser absoluta. O problema surge quando a instituição apaga a fronteira entre o humano e o técnico, exigindo que o enfermeiro funcione com a mesma regularidade e ausência de falhas que um equipamento automatizado.

A Tirania do Supereu Organizacional está embasado nas normas rígidas de biossegurança e os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e atua como um Supereu punitivo. No CME, o erro não é visto como uma possibilidade humana, mas como um crime técnico que coloca em risco toda a cadeia hospitalar. Essa vigilância constante gera um estado de vigilância ansiosa, onde o sujeito nunca relaxa, pois sua identidade está atrelada à perfeição do objeto que ele entrega.

À medida que a tecnologia no CME avança, o saber artesanal do enfermeiro é substituído pelo monitoramento de telas e ciclos. Ocorre uma alienação onde o trabalhador deixa de “fazer” e passa a “vigiar o fazer da máquina”. Para a psicanálise, esse esvaziamento da ação criativa retira o prazer pulsional do trabalho, deixando apenas o peso da responsabilidade. Resultando no sujeito apagado pela técnica.

A tensão descrita neste capítulo evidencia que a “segurança do paciente”, embora essencial, é muitas vezes alcançada através do sacrifício da saúde mental do trabalhador. O “erro zero” (Barbosa; Gomes, 2025) torna-se um fardo psíquico insustentável quando não há espaços para que o profissional processe o medo da falha e

a pressão do tempo, criando o cenário ideal para o colapso subjetivo que será discutido nos tópicos seguintes.

UMA ANÁLISE PSICANALÍTICA SOBRE O ESTIGMA DO PROFISSIONAL “VELHO, DOENTE OU PROBLEMÁTICO”

A destinação de profissionais ao Centro de Material e Esterilização (CME) baseada em critérios de desgaste físico ou comportamental revela o que a psicanálise chama de “lógica do descarte”. No imaginário hospitalar, o CME opera como um suporte para o que a assistência direta não pode mais suportar: o corpo que envelheceu, a mente que adoeceu ou o sujeito que questiona a norma (o “problemático”).

Ao ser alocado no setor por esses motivos, o trabalhador sofre uma ferida narcísica profunda. Para Freud, o narcisismo é a libido que o sujeito investe na sua própria imagem. Quando a instituição retira o enfermeiro do cuidado direto, onde existe o olhar de gratidão do paciente e o reconhecimento social, e o envia para o isolamento do CME por considerá-lo “limitado”, ela comunica que aquele sujeito não possui mais valor para o Ideal do Eu institucional.

O Estigma do “Problemático”: Frequentemente, o rótulo de “problemático” é uma defesa institucional contrassujeitos que denunciam falhas no sistema. Ao silenciá-los no CME, a instituição tenta “esterilizar” não apenas o material, mas o desejo e a fala desses trabalhadores.

A Identificação com o Resíduo: Existe um risco psíquico de o trabalhador passar a se identificar com o próprio objeto de seu trabalho. Se ele lida com o que é sujo e precisa ser limpo, e se sente “descartado” pela gestão, o inconsciente pode operar uma associação perigosa: “Eu sou o refugo deste hospital”.

Essa condição intensifica o processo de alienação. O trabalhador deixa de ser um sujeito que produz saúde e passa a ser um executor de tarefas repetitivas, em um ambiente silencioso onde o barulho das máquinas substitui a voz humana. O adoecimento, portanto, não nasce apenas da carga horária, mas da falência do sentido do trabalho e da impossibilidade de sustentação de uma identidade profissional digna.

DO DIAGNÓSTICO DE BURNOUT À ANGÚSTIA DA INVISIBILIDADE

Em estudos anteriores (Gomes; Gomes, 2015), foram identificados os principais diagnósticos de enfermagem relacionados à Síndrome de Burnout, evidenciando um quadro de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. No contexto específico do CME, esses diagnósticos deixam de ser meros rótulos taxonômicos para se tornarem a expressão de uma angústia de invisibilidade.

A psicanálise nos ensina que o sujeito se constitui através do olhar do outro. Na assistência direta, o enfermeiro recebe o retorno narcísico do paciente; no CME, esse espelho é quebrado. O trabalhador lida com objetos inanimados e processos automatizados, permanecendo “encastelado” em uma estrutura onde seu esforço só é notado quando ocorre a falha.

A Despersonalização como Defesa: o diagnóstico de despersonalização (Gomes; Gomes, 2015) pode ser interpretado psicanaliticamente como uma estratégia defensiva do ego. Para suportar o estigma de ser considerado “doente” ou “excedente” (conforme discutido no tópico anterior), o trabalhador se retira subjetivamente do trabalho. Ele “se torna uma máquina” para não sentir a dor da desvalorização, resultando em um distanciamento afetivo que é o cerne do Burnout.

O Sentimento de Impotência e a Ferida Narcísica: a baixa realização profissional no CME não advém da incapacidade técnica, visto que a exigência de qualidade é altíssima (Barbosa; Gomes, 2025), mas da falta de sentido simbólico. O trabalhador sente que “morreu” para a enfermagem produtiva. Essa impotência é a manifestação de um luto não elaborado pelo lugar que ele ocupava anteriormente na assistência.

A correlação entre o Burnout e o ambiente do CME revela que o esgotamento não é fruto apenas do excesso de trabalho, mas do excesso de silenciamento. Quando o profissional é enviado ao setor como punição ou descarte, o Burnout torna-se o sintoma final de uma instituição que falhou em oferecer ao trabalhador um lugar de fala e reconhecimento. Assim, o diagnóstico identificado em 2015 ganha, nesta pesquisa, uma profundidade clínica: o Burnout no CME é o grito de um sujeito que se tornou invisível atrás da técnica.

Como síntese das propostas de intervenção aqui delineadas, o Quadro 1 apresenta as diretrizes para a transição de um modelo de gestão punitivo para um

modelo de suporte analítico, focado na manutenção e ressignificação do trabalhador no CME.

Quadro 1: Diretrizes de Intervenção Analítica para a Saúde do Trabalhador no CME

Eixo de Intervenção	Ação Proposta	Objetivo Psicanalítico	Impacto na Prática (Enfermagem)
Dispositivo de Escuta	Criação de “Espaços de Fala” e grupos de reflexão regulares.	Transmutar a “reclamação” em implicação subjetiva.	Rompe o silenciamento e reduz a angústia da invisibilidade.
Manejo da Transferência	O enfermeiro-analista atua como suporte emocional (holding).	Suportar as projeções de “velho/doente” sem julgamento técnico.	Melhora o clima organizacional e reduz o sentimento de perseguição.
Sublimação do Saber	Valorização do CME como “garantidor da vida” e não apenas limpeza.	Converter a pulsão de morte (apatia) em valor simbólico.	Resgata o narcisismo ferido e o orgulho pelo saber técnico.
Elaboração do Luto	Espaço para processar a perda da identidade “assistencial”.	Desvincular a identidade do sujeito da imagem de “UTI/Emergência”.	Permite o investimento libidinal no novo fazer do CME.
Permanência Terapêutica	Manutenção do trabalhador na unidade durante o tratamento.	Evitar a “falsa saída” e enfrentar o sintoma no local da crise.	Evita a iatrogenia de devolver um profissional fragilizado à assistência.
Gestão por Desejo	Alocação baseada no perfil subjetivo, não apenas na restrição física.	Romper com a política de “depósito” e resgatar o desejo.	Humanização real da gestão de pessoas e redução de novas licenças.

Fonte: Os Autores (2026)

AÇÕES DA GESTÃO DE ENFERMAGEM DO CME

Uma vez estabelecido o modelo de intervenção baseado na permanência e na escuta (descrito anteriormente), faz-se necessário definir quais competências subjetivas o enfermeiro gestor do CME deve desenvolver. Não se trata apenas de domínio técnico sobre indicadores de esterilização (Barbosa; Gomes, 2025), mas de uma clínica da gestão baseada em atributos psicanalíticos.

Diferente da escuta técnica (que busca saber quem errou), a escuta analítica busca entender por que o sujeito está sofrendo.

O Atributo: Ouvir o que está “nas entrelinhas”. Quando um funcionário reclama excessivamente de uma autoclave, ele pode estar falando de sua própria pressão interna.

Contribuição: O enfermeiro permite que a queixa saia do corpo (doença psicossomática) e vá para a palavra. Isso diminui a carga de angústia coletiva.

A Função de “Suporte” (Holding): o conceito derivado de Donald Winnicott, refere-se à capacidade de sustentar emocionalmente o outro em momentos de crise. Tem o atributo de manter a calma e a presença firme diante do caos ou do erro da equipe. No CME, onde o medo do erro é constante, o enfermeiro deve ser o suporte que garante que “o erro pode ser falado e reparado”, em vez de apenas punido. Como contribuição obtém-se a redução do sentimento de perseguição e a paranoia institucional, criando um ambiente de confiança básica.

Com relação ao Manejo da Transferência (o processo em que o trabalhador projeta no enfermeiro gestor figuras de autoridade (pai/mãe) ou seus próprios medos), busca-se o atributo do não “reagir” às provocações ou ao desânimo da equipe como se fosse algo pessoal. Entender que a agressividade ou a apatia do funcionário “problemático” é, muitas vezes, uma reação à instituição. A contribuição se dá quando o enfermeiro deixa de ser o “chefe carrasco” e passa a ser uma figura mediadora, capaz de devolver ao funcionário uma imagem mais digna de si mesmo.

A atenção flutuante e a observação do inconsciente institucional tem como atributo a atenção aos lapsos, esquecimentos frequentes ou acidentes repetitivos. Na psicanálise, o “erro” pode ser um ato falho, isto é, um grito do inconsciente pedindo socorro. Visa contribuir com a identificação desses padrões, nos quais o enfermeiro pode intervir preventivamente, propondo uma pausa ou uma conversa antes que o Burnout se instale definitivamente.

O Estímulo à Sublimação (Transformação da Dor em Valor) visa ajudar o trabalhador a encontrar beleza e sentido na técnica. A sublimação é o destino nobre da pulsão, visando o resultado de transformar a percepção do trabalho de “limpeza de sujeira” para “garantia da vida”. O enfermeiro ajuda a equipe a se orgulhar da “invisibilidade que salva”, resgatando o narcisismo ferido.

Essa transição de perspectiva, que ressignifica o cotidiano do setor, exige que o enfermeiro deixe de atuar meramente como um fiscal de processos para assumir a

função de mediador da subjetividade. Ao transformar a percepção do trabalho de uma 'limpeza de resíduos' para a 'garantia da vida', o gestor auxilia a equipe a se orgulhar da 'invisibilidade que salva', promovendo o resgate do narcisismo ferido. Para que essa mudança de paradigma ocorra na prática, é fundamental que as competências gerenciais tradicionais sejam reinterpretadas sob um viés analítico, conforme detalhado na tabela 1 a seguir:

Tabela 1: Atributos Do Gestor Técnico ao Líder com Viés Analítico

Atributo Tradicional	Atributo Psicanalítico	Impacto na Equipe
Cobrar Metas	Validar o Esforço	Diminui a ferida narcísica.
Punir o Erro	Escutar a Falha	Transforma o erro em aprendizado e fala.
Ignorar Conflitos	Mediar a Subjetividade	Evita a somatização e o isolamento.
Treinamento Técnico	Espaço de Elaboração	Dá sentido humano à repetição da máquina.

Fonte: Elaborada pelos autores (2026), com base em Freud (1914; 1930), Dejours (1992; 2021) e Winnicott (1983).

A manutenção do trabalhador no Centro de Material e Esterilização, quando amparada por uma liderança munida de atributos psicanalíticos, deixa de ser uma imposição administrativa para tornar-se uma estratégia de reabilitação subjetiva. Ao exercitar a escuta analítica e o manejo da transferência, o enfermeiro do trabalho atua na contenção da angústia (holding), impedindo que o estigma de 'problemático' ou 'doente' se cristalize na identidade do sujeito.

Diferente da remoção para a assistência (que frequentemente apenas desloca o sintoma e perpetua o luto da imagem profissional) o tratamento *in loco* permite que o trabalhador ressignifique sua relação com a técnica e com o coletivo. Assim, o CME transmuta-se de um cenário de exclusão para um espaço transicional de reconstrução narcísica, onde a permanência do funcionário, sob o suporte desses atributos, possibilita a transformação do sofrimento paralisante em saber produtivo, garantindo que o retorno à plena funcionalidade ocorra sem o peso do desterro institucional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu desvelar que o adoecimento mental no Centro de Material e Esterilização (CME) transcende a carga física e o rigor técnico, radicando-se, fundamentalmente, em uma violência simbólica institucional. A investigação confirmou que a política de utilizar o setor como um “depósito” para profissionais estigmatizados (os “velhos”, “doentes” ou “problemáticos”) configura um ataque severo ao narcisismo do trabalhador, transformando uma unidade de salvaguarda da vida em um cenário de luto pela identidade profissional perdida.

Ao confrontar o esgotamento identificado ao longo de uma trajetória de pesquisa com as exigências de alta performance da enfermagem moderna, conclui-se que a solução para o absenteísmo e o sofrimento ético-político não reside na remoção do profissional, mas na sua ressignificação subjetiva. A proposta de uma Enfermagem do Trabalho munida da escuta analítica apresenta-se como um divisor de águas: ela subverte a lógica do descarte ao propor que o tratamento e o suporte ocorram no próprio ambiente laboral.

A manutenção do trabalhador no setor, quando sustentada por uma liderança capaz de oferecer suporte emocional e escuta qualificada, permite que o sujeito processe sua dor sem ser desterrado de sua função. O CME, portanto, deixa de ser o “porão” do hospital para ser compreendido como um espaço transicional de reconstrução e excelência técnica.

Em última análise, este estudo reafirma que não há biossegurança real sem a segurança psíquica de quem opera o sistema. Espera-se que esta reflexão sirva de diretriz para gestores de saúde, incentivando a transição de um modelo gerencialista punitivo para uma clínica da gestão que reconheça o trabalhador do CME não como um objeto de descarte, mas como um sujeito de desejo, saber e essencial valor institucional.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2023.

ARAÚJO, J. N. G. **O sujeito e as organizações**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

BARBOSA, Franciane Braga Ribeiro; GOMES, Shirley Rangel. Influência dos centros de material e esterilização na segurança e qualidade nos serviços de saúde. **Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza**, v. 20, 2025. Disponível em <https://periodicojs.com.br/index.php/easn/article/view/2772> Acesso em [12/01/2026].

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2021.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

DUFOUR, D-R. **O capitalismo pulsional**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2021.

EDMONDSON, A. C. **A organização sem medo**: criando segurança psicológica no local de trabalho para aprendizado, inovação e crescimento. Rio de Janeiro: Alta Books, 2021.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). *In: Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14.

FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). *In: Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21.

GAULEJAC, V. **A gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: Ideias & Letras, 2021.

GOMES, S. R.; GOMES, A. R. **Diagnósticos de enfermagem relacionados à síndrome de burnout**. *Revista Interdisciplinar Pensamento Científico*, v. 1, n. 2, 2015. Disponível em: <https://www.pensamentocientifico.org/index.php/ripc/article/view/10>. Acesso em: [12/01/2026].

HONNETH, A. **Luta pelo reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Unesp, 2022.

LACAN, J. **O Seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

LIMA, T.; COSTA, M. **Gestão em Saúde e o Sofrimento do Trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 2022.

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do Trabalho**: Teoria, Método e Pesquisas. Curitiba: Appris, 2022.

PITTA, A. M. **Hospital**: dor e morte como ofício. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2023.

SILVA, R. et al. Saúde Mental da Enfermagem Pós-Pandemia: Um Olhar Clínico. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**, v. 77, n. 1, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/> (Verificar volume e número específicos quando publicado). Acesso em: [12/01/2026].

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983.

HUMANIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA DE HOSPITAL GERAL

Marcus Andre Gonzaga Custódio. Enfermeiro Uniredentor. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Geral de Guarus. E-mail: marcusandre74@hotmail.com.

Flávia Cristina Fechó Guimarães. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeira da Unidade de Pacientes Graves HGG. Fundação de Apoio às Escolas Técnicas (FAETEC). E-mail: flaviafecho2@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-8534-541X>.

Mônica Gonçalves Reis. Especialista em Pneumologia Sanitária - ENSP/FIOCRUZ. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeira emergencista Hospital Geral de Guarus. E-mail: monicareis2000@yahoo.com.

Sueli Rangel Gomes. Especialista em Saúde Mental e Dependência Química pela Faculdades Integradas de Patos. Especialista em MBA em Saúde Pública com ênfase em Geriatria e Gerontologia pela UVA. Fundação de Apoio às Escolas Técnicas - FAETEC. E-mail: sueli.gomes@prof.etejbm.faetec.rj.gov.br

DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-06

RESUMO: Este estudo objetiva investigar as propostas assistenciais humanizadas do enfermeiro em emergências psiquiátricas e propor um modelo de intervenção na Classificação de Risco em Saúde Mental (CRSM), visando preencher a lacuna entre a teoria da desospitalização e a prática no hospital clínico municipal, sob a égide da Resolução COFEN nº 736/2024. Metodologicamente, caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa e descritiva, estruturada conforme o protocolo PRISMA. A busca foi realizada nas bases SciELO e LILACS com descritores DeCS, fundamentando-se na Política Nacional de Humanização, no Protocolo de Manchester adaptado e nas normativas vigentes do COFEN. Os resultados revelam que a desinstitucionalização em hospitais gerais enfrenta desafios como o estigma social e o tempo de espera prolongado, fatores que podem catalisar eventos violentos e Transtornos Mentais Comuns (TMC) nas equipes de triagem. A implementação da Estratificação de Risco Integrada (Clínica e Mental) demonstrou ser essencial para legitimar o sofrimento psíquico e garantir prioridade imediata em casos de risco de auto ou heteroagressão. Ressalta-se que a Resolução COFEN nº 736/2024 eleva a classificação de risco ao status de Avaliação de Enfermagem, exigindo instrumentos validados para garantir segurança jurídica e eficácia terapêutica no manejo da crise. Conclui-se que a humanização nas emergências é indissociável da sistematização técnica. O enfermeiro, como protagonista na porta de entrada, deve utilizar o Processo de Enfermagem para que o hospital geral funcione como ponto estratégico de estabilização e conexão com a Rede de Atenção Psicossocial, minimizando danos e promovendo a dignidade do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Classificação de Risco; Enfermagem; Humanização; Saúde Mental; Processo de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde mental no município de Campos dos Goytacazes, RJ, atravessa um período de transformação estrutural e paradigmática. Alinhada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/2001, a rede municipal tem buscado a superação do modelo hospitalocêntrico, transferindo a porta de entrada das situações de crise para as unidades de emergência dos hospitais gerais e para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, essa transição impõe desafios imediatos às unidades de pronto-atendimento e emergência clínica municipais, que passam a acolher demandas psicopatológicas de alta complexidade em ambientes tradicionalmente voltados ao tratamento biológico agudo.

Nesse cenário, a humanização não deve ser compreendida apenas como um traço de benevolência profissional, mas como uma estratégia de gestão e cuidado essencial para a manutenção da homeostase do sujeito e da segurança da equipe. Conforme aponta Silva, Cruz e Silva (2023), a assistência humanizada em ambiente de urgência deve integrar a tecnologia dura ao comportamento acolhedor, atendendo não apenas o paciente, mas o núcleo familiar envolvido no sofrimento psíquico.

A realidade das unidades de emergência de um hospital geral municipal revela uma problemática latente: a chegada frequente de pacientes em surto psíquico ou com quadros decorrentes da drogadição em setores onde profissionais muitas vezes carecem de treinamento específico para o manejo comportamental. Ribeiro e Reis (2020) definem a emergência psiquiátrica como uma condição de distúrbio do pensamento e emoções que exige resposta imediata. Para a enfermagem, categoria que atua na linha de frente do acolhimento, isso implica na necessidade de uma Escuta Qualificada que ultrapasse a triagem burocrática, visando a redução de danos e o suporte emocional imediato.

A implementação da Classificação de Risco em Saúde Mental (CRSM) surge, então, como o principal instrumento para romper com práticas excludentes e garantir a equidade assistencial. Ao utilizar o Protocolo de Manchester de forma adaptada, o enfermeiro assegura que o sofrimento mental receba a prioridade clínica devida, evitando que a estigmatização do “doente mental” retarde o atendimento de urgências reais. É imperativo ressaltar que essa prática deve estar em estrita consonância com a

Resolução COFEN nº 736/2024, que exige a utilização de instrumentos de avaliação e predição de risco validados. Esta normativa reforça que a classificação não é apenas um ato administrativo, mas a etapa inicial e integrante do Processo de Enfermagem, devendo ser pautada em protocolos baseados em evidências que contemplem as especificidades psicopatológicas, garantindo respaldo ético-legal ao profissional e segurança terapêutica ao usuário.

Com base nas recomendações do Ministério da Saúde para o Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) e nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), este estudo propõe uma análise das intervenções humanizadas durante a classificação de risco em saúde mental. O objetivo central é propor um modelo de assistência que preencha a lacuna entre a teoria da desospitalização e a prática assistencial cotidiana no hospital clínico municipal, sob a égide da Resolução COFEN nº 736/2024. Busca-se, assim, fundamentar as ações práticas do enfermeiro por meio de um Processo de Enfermagem (PE) que priorize a escuta qualificada e a estratificação de risco fidedigna, garantindo que o hospital geral cumpra seu papel de ponto estratégico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com segurança técnica e humanizada.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva, estruturada sob o método de revisão integrativa da literatura. Esta abordagem permite a síntese de múltiplos estudos publicados e a incorporação de evidências científicas na prática clínica, proporcionando uma compreensão abrangente sobre a atuação do enfermeiro na classificação de risco em saúde mental (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A estruturação desta revisão percorreu seis etapas distintas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; categorização dos estudos; análise crítica; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.

Estratégia de Busca e Seleção: A seleção dos estudos foi conduzida seguindo as recomendações do fluxograma PRISMA, garantindo a replicabilidade e a transparência no processo de filtragem das evidências. A busca inicial resultou em um

quantitativo bruto de produções, que foram submetidas às etapas de: Identificação: Busca nas bases de dados via DeCS. Seleção (Screening): Leitura de títulos e resumos para exclusão de duplicatas e temas impertinentes. Elegibilidade: Leitura na íntegra dos textos selecionados. Inclusão: Definição do corpus final que fundamentou os eixos temáticos deste capítulo.

Operacionalização das Etapas: A estruturação desta revisão percorreu as seis etapas distintas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): 1ª Etapa: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa (A atuação do enfermeiro na CRSM). 2ª Etapa: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão. 3ª Etapa: Categorização dos estudos (Extração de dados). 4ª Etapa: Análise crítica dos estudos incluídos. 5ª Etapa: Interpretação dos resultados. 6ª Etapa: Síntese do conhecimento e apresentação da proposta de intervenção.

Análise e Categorização Teórica: A análise dos dados fundamentou-se em quatro pilares norteadores que sustentam a prática do enfermeiro na rede pública municipal: As diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei nº 10.216/2001); A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS); O Protocolo de Manchester adaptado às urgências subjetivas; A Resolução COFEN nº 736/2024, que normatiza o Processo de Enfermagem (PE).

Os resultados foram organizados de forma didática em três eixos temáticos: Desinstitucionalização e os desafios no Hospital Geral; A Classificação de Risco em Saúde Mental (CRSM) e O Processo de Enfermagem como ferramenta de gestão na urgência psiquiátrica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram organizados em três eixos temáticos que conectam a evolução das políticas públicas à prática assistencial nas unidades de emergência.

A DINÂMICA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CONTEXTO MUNICIPAL

A Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciada na década de 1970, consolidou-se como um movimento de ruptura com o modelo hospitalocêntrico e asilar. Conforme Brasil (2013), a desinstitucionalização envolve a desconstrução do estigma do “doente mental” e a implementação de um cuidar em enfermagem pautado na liberdade.

No entanto, a desinstitucionalização em Campos dos Goytacazes revela desafios práticos: o fechamento de leitos asilares na região exige que o hospital geral atue como o suporte imediato às crises. Como afirmam Meneses dos Santos e De Oliveira Weinmann (2025), desinstitucionalizar não é apenas transferir o local do tratamento, mas oferecer meios terapêuticos funcionais que incentivem relações autênticas. A “resistência institucional” citada pelos autores manifesta-se no ambiente de emergência quando o paciente em surto é percebido como um fator de desequilíbrio ao fluxo clínico convencional.

Nesse cenário dinâmico, o tempo de espera torna-se um fator de risco. Granadeiro et al. (2025) destacam que a demora entre o cadastro e a classificação pode deflagrar repercussões violentas. Isso impacta diretamente a saúde do trabalhador: o enfermeiro da classificação de risco em hospitais municipais está vulnerável ao desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC), caracterizados por fadiga, irritabilidade e sintomas somáticos, decorrentes da tensão contínua na porta de entrada.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL (CRSM): O RIGOR DO MANCHESTER ADAPTADO

A gestão da urgência psiquiátrica em hospitais clínicos deve integrar o Protocolo de Manchester adaptado. Esta escala cromática organiza a assistência ao identificar marcadores críticos de gravidade, como alucinações, agressividade e instabilidade autonômica, garantindo que a intervenção seja proporcional ao risco (Tavares et al., 2021).

A CRSM exige uma anamnese multidimensional. Segundo as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde (2023), o enfermeiro deve integrar o histórico físico às

condições comportamentais. É fundamental realizar um exame físico rigoroso para descartar causas orgânicas de agitação (como hipóxia ou distúrbios metabólicos), o que eleva a classificação de risco de um patamar puramente subjetivo para uma decisão clínica baseada em evidências.

A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA CRSM E O NOVO PROCESSO DE ENFERMAGEM

As dificuldades na prática profissional frequentemente derivam de uma carência de “densidade científica” no manejo da crise. Paiva e Oliveira (2024) reforçam que o aprimoramento em saúde mental deve estar articulado à especialização em urgência e emergência.

Privativa do enfermeiro e sustentada historicamente pela Resolução COFEN nº 159/1993, a Consulta de Enfermagem ganha uma nova dimensão com a Resolução COFEN nº 736/2024. O Processo de Enfermagem (PE) agora é obrigatório em sua totalidade, exigindo que a classificação de risco seja registrada como a etapa de Avaliação de Enfermagem.

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO E GESTÃO

A sistematização da assistência na porta de entrada permite ao enfermeiro identificar respostas adaptadas ou desadaptadas aos estressores, transformando a triagem em um diagnóstico clínico precoce. No contexto do hospital público municipal, essa estrutura é o que diferencia o “acolhimento caritativo” — muitas vezes subjetivo e despadronizado — da Assistência de Enfermagem Humanizada, que é técnica, ética e centrada na segurança. Esta padronização garante a segurança jurídica ao profissional, ao fundamentar suas decisões em protocolos, e assegura a eficácia terapêutica ao paciente em sofrimento psíquico.

Para operacionalizar essa assistência, a Estratificação de Risco Integrada (Tabela 1) funde os critérios clínicos tradicionais aos marcadores psicopatológicos, permitindo

que a equipe de enfermagem priorize o atendimento com base na gravidade real e não no estigma.

Tabela 1: Estratificação de Risco Integrada (Clínica e Saúde Mental)

Classificação	Prioridade	Tempo Máximo	Critérios Clínicos Gerais	Critérios Específicos de Saúde Mental
Vermelho	Emergência	Imediato	Risco iminente de morte; choque; insuficiência respiratória grave.	Coma; estado mental alterado grave; agitação extrema; risco imediato de auto ou heteroagressão.
Laranja	Muito Urgente	10 min	Dor intensa (8-10); saturação $SpO_2 < 89\%$; histórico de envenenamento.	Alucinações/delírios exacerbados; ideação suicida ou homicida grave; overdose; prostração ou letargia severa.
Amarelo	Urgente	60 min	Dor moderada (5-7); febre alta; vômitos persistentes.	Agitação moderada; história de perda de consciência; instabilidade emocional com risco moderado.
Verde	Pouco Urgente	120 min	Dor leve (1-5); feridas superficiais; abscesso sem febre.	Paciente em sofrimento psíquico leve, com sinais vitais estáveis e sem ideação de violência.
Azul	Não Urgente	240 minutos	Queixas crônicas; ausência de sinais de alarme.	Paciente sem sinais de crise aguda; demandas sociais ou busca por receitas (encaminhamento para UBS/CAPS).

Fonte: Adaptado de SMSSP (2023); Paiva e Oliveira (2024); Nakamura (2025).

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA: O PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE) EM SAÚDE MENTAL

A aplicação do Processo de Enfermagem (PE) em saúde mental é o que confere densidade científica à prática do enfermeiro. Sob a égide da Resolução COFEN nº 736/2024, o PE deixa de ser uma opção administrativa para consolidar-se como uma exigência clínica em todos os contextos de cuidado. Na emergência, o enfermeiro deve transitar entre a avaliação física rigorosa e a escuta terapêutica, utilizando linguagens padronizadas para documentar a evolução do quadro.

Quadro 2: Etapas do Processo de Enfermagem (PE) aplicadas à Saúde Mental

Etapa	Descrição e Objetivos	Exemplos de Aplicação em Saúde Mental
1. Avaliação de Enfermagem	Coleta de dados multidimensional (histórico, exame físico e psicopatológico).	Identificação de gatilhos da crise, histórico de uso de substâncias, sinais de abstinência e avaliação da rede de apoio.
2. Diagnóstico de Enfermagem	Formulação de juízos clínicos sobre as respostas do indivíduo ou família.	Identificação de “Risco de violência direcionada a outros”, “Ansiedade grave” ou “Enfrentamento ineficaz”.
3. Planejamento de Enfermagem	Definição de resultados esperados e intervenções individualizadas.	Estabelecimento de metas para estabilização do humor, redução da agitação e prevenção de quedas/lesões.
4. Implementação de Enfermagem	Execução das intervenções e ações terapêuticas planejadas.	Aplicação de técnicas de desescalamento, escuta qualificada, administração supervisionada de fármacos e manejo ambiental.
5. Avaliação de Enfermagem (Resultados)	Análise contínua da eficácia das ações e ajuste das condutas.	Reavaliação horária do nível de consciência, resposta à contenção (se aplicada) e evolução do estado mental para reestratificação de risco.

Fonte: Adaptado de Resolução COFEN 736/2024; Borges et al. (2020); Garcia et al. (2017) e Bezerra et al. (2025).

Nota Técnica: É importante observar que, na nova norma do COFEN (736/2024), o termo “Avaliação de Enfermagem” é usado tanto para a primeira etapa (coleta de dados) quanto para a quinta etapa (análise dos resultados/antiga evolução), reforçando que o processo é cíclico.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRÁTICA EM HOSPITAIS MUNICIPAIS

No contexto das unidades municipais, o Processo de Enfermagem em Saúde Mental (PESM) atua como um salvaguarda contra o erro clínico. Para Borges (2020), a sistematização permite que o enfermeiro atue não apenas na contenção do sintoma, mas na promoção da autonomia e na facilitação do fluxo do paciente para a RAPS. A utilização de instrumentos validados, como o Protocolo de Manchester e escalas de risco de agressividade, fornece os dados necessários para que a equipe interdisciplinar planeje a transição do cuidado para o território (CAPS/UBS) com maior segurança e menor chance de reinternação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição da assistência em saúde mental para o contexto dos hospitais gerais, impulsionada pela Reforma Psiquiátrica, exige que as unidades de emergência

transcendam a função de contenção para se tornarem espaços de acolhimento técnico e cuidado integral. Este estudo evidenciou que a Classificação de Risco em Saúde Mental (CRSM), fundamentada na adaptação do Protocolo de Manchester, não é apenas um filtro administrativo, mas uma ferramenta clínica indispensável para garantir que o sofrimento psíquico receba o mesmo rigor e agilidade que as demandas biológicas agudas.

A atuação do enfermeiro na porta de entrada emerge como o pilar central desse novo paradigma. Sob a luz da Resolução COFEN nº 736/2024, o enfermeiro assume a liderança no manejo da crise através da implementação sistemática do Processo de Enfermagem. A análise demonstrou que a utilização de instrumentos validados e a escuta qualificada são os mecanismos que conferem segurança jurídica ao profissional e reduzem a violência institucional, protegendo tanto o paciente quanto a equipe de saúde.

Conclui-se que, no cenário municipal de Campos dos Goytacazes, a eficácia da desinstitucionalização depende da integração real entre as unidades de pronto-atendimento e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A humanização da assistência deixa de ser um conceito abstrato para se tornar um protocolo institucional de governança clínica. Recomenda-se, por fim, o investimento em educação permanente e a padronização de registros específicos para a saúde mental, garantindo que o hospital geral cumpra sua missão de estabilização da crise e facilitação do fluxo de reintegração do indivíduo à sociedade.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, E. A. A. C. et al. Instrumentos construídos/validados ao processo de enfermagem em saúde mental: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, p. e19772, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e19772.2025>.

BORGES, L. T. D. et al. Processo de enfermagem na saúde mental. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 396-405, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-031>.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>.

CÚSTÓDIO, M. A. G. et al. Atuação do enfermeiro no acolhimento em emergência psiquiátrica: desafios da humanização. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 4, n. 3, 2018. Disponível em: <http://reinpec.cc/index.php/reinpec/article/view/288>.

GARCIA, A. P. R. F. et al. Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 220-230, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>.

GRANADEIRO, D. S. et al. Violência sofrida por enfermeiros na classificação de risco e a suspeição de transtornos mentais comuns. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, p. e20240087, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0087>.

MENESES DOS SANTOS, A.; DE OLIVEIRA WEINMANN, A. (Re)humanizando os caminhos: a desinstitucionalização dos manicômios judiciais no Brasil. **Revista Polis e Psique**, v. 15, p. e025012, 2025. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/146183>.

NAKAMURA, M. C. S. S. **Validação e implantação de instrumento para Estratificação Risco em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde**. 2025. Monografia (Mestrado Profissional em Saúde Pública) — Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2025.

OLIVEIRA, W. F.; PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, C. M. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. **Saúde em Debate**, v. 35, p. 587-596, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042011000400010>.

PAIVA, B. M. M.; OLIVEIRA, A. C. D. O papel da enfermagem na atenção a pacientes com distúrbios mentais. **Revista Saúde Dos Vales**, v. 4, n. 1, 2024. Disponível em: <https://revistasaudedosvales.com.br/index.php/rsv/article/view/PAIVA-OLIVEIRA>.

RIBEIRO, A. B. A.; REIS, R. P. Assistência de enfermagem na emergência psiquiátrica. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 14, n. 17, 2020. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/918>.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **Orientações sobre a atenção às crises em saúde mental: Estratificação e Classificação de Risco em Saúde Mental**. Versão 2. São Paulo: SMS, 2023. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_mental/index.php?p=34125.

SILVA, R. A. N.; CRUZ, D. M.; SILVA, M. A. X. M. Atendimento humanizado em urgência e emergência. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 8, p. 2696–2723, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/reigae.v9i8.10984>.

TAVARES, V. R. O. et al. **Protocolo para classificação de riscos à segurança do paciente em hospital psiquiátrico público**. Belo Horizonte: FHEMIG, 2021. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/protocolos-clinicos>.

VAZ, A. S. C.; LIMA, J. F.; BARBOSA, J. S. P. O impacto da humanização da assistência de enfermagem no processo de cuidado assistencial. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 15, p. e151539, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1051539>.

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA SAÚDE BUCAL GESTACIONAL: A CONSULTA DE ENFERMAGEM SOB A ÓTICA INTERDISCIPLINAR

Maximiliano do Espírito Santo Pessanha. Especialista em Dermatologia Enfermeiro. Coordenador da UBS da Localidade de Mutum. E-mail: max.pessanha@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-2766-5878>.

Dilmara Peres Barbosa. Cirurgiã Dentista UFF. Prefeitura Municipal de Iguaba. Secretaria Municipal de Saúde. Especializanda em Saúde Coletiva - FAMART. E-mail: dilmaraperes@hotmail.com.

Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita. Médica UNIG. Universidade Iguazu *campus* Itaperuna. E-mail: rafac.amaral01@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0803-5660>.

Shirley Rangel Gomes. Mestre em Enfermagem Profissional Assistencial - UFF. Enfermeira - UFF. Doutoranda em Saúde Coletiva - Integralize. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Geral de Guarus Fundação de Apoio à Escola Técnica - ETEJBM RJ. E-mail: gomesshira@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5727-0285>.

DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-07

RESUMO: Este estudo objetiva descrever as intervenções do enfermeiro na consulta de pré-natal voltadas à promoção da saúde bucal, destacando a importância da articulação com a equipe interdisciplinar para mitigar riscos materno-fetais. Metodologicamente, trata-se de uma revisão integrativa da literatura, qualitativa e descritiva, fundamentada em protocolos do Ministério da Saúde (2022-2025) e diretrizes da BVS Atenção Primária. A análise enfatiza que a saúde oral é indissociável da sistêmica e requer uma abordagem coordenada entre enfermeiro, cirurgião-dentista e médico durante o “Intervalo de Ouro” dos mil dias. Os resultados evidenciam que, enquanto o enfermeiro atua na identificação precoce de afecções e educação em saúde, a equipe interdisciplinar viabiliza o tratamento curativo, preferencialmente no segundo trimestre gestacional. Foram estruturados quadros que correlacionam patologias orais a condutas específicas, reforçando o papel do enfermeiro na desmistificação de tabus e na biossegurança domiciliar (prevenção da transmissão cruzada). Conclui-se que a atuação integrada é o pilar para a redução de complicações obstétricas associadas a doenças periodontais. Como produto desta revisão, propõe-se a adoção de um Guia Prático de Orientação Rápida para fortalecer a rede de cuidados e a integralidade da assistência no pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem; Saúde Bucal; Gestantes; Pré-natal; Equipe Interdisciplinar.

INTRODUÇÃO

A consulta de enfermagem no pré-natal é o ponto de convergência da equipe interdisciplinar. Enquanto o enfermeiro realiza a estratificação de risco e a educação em saúde, a atuação coordenada com o cirurgião-dentista e a equipe médica garante que o

tratamento odontológico não seja negligenciado por medos ou barreiras institucionais. Essa sinergia é o que garante o cumprimento dos indicadores do Previne Brasil e a segurança do binômio mãe-filho.

Conforme as diretrizes do Guia Rápido de Pré-Natal (2025), o enfermeiro, como gestor do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), deve integrar o exame da cavidade oral e as orientações de higiene ao protocolo de rotina. A promoção da saúde bucal no pré-natal visa romper barreiras culturais e mitos — como o medo de anestésicos ou a crença equivocada de que a gravidez “enfraquece” os dentes — que impedem a busca pelo tratamento oportuno.

A integração interdisciplinar permite que, enquanto o cirurgião-dentista realiza a intervenção técnica e curativa, o enfermeiro atue na identificação precoce de afecções e na monitorização de fatores de risco que podem desencadear processos inflamatórios sistêmicos. Nesse contexto, a atuação proativa da enfermagem contribui diretamente para a melhoria dos indicadores de saúde materna e para o alcance das metas do programa governamental, como o Previne Brasil.

Considerando o papel do enfermeiro como o primeiro contato da gestante na rede, este estudo norteia-se pela questão: *“Quais são as intervenções do enfermeiro na consulta de pré-natal voltadas à promoção da saúde bucal e à prevenção de desfechos materno-fetais desfavoráveis?”*. O objetivo deste capítulo é descrever tais intervenções, identificando o período ideal para o tratamento odontológico e as orientações necessárias para mitigar riscos de patologias orais no binômio mãe-filho.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e caráter descritivo, estruturada sob o método de revisão integrativa da literatura. Este delineamento permite a síntese do conhecimento atual sobre as práticas de enfermagem no pré-natal e a incorporação de evidências científicas na assistência primária.

A busca bibliográfica foi conduzida em bases de dados científicas (SciELO, BDENF e BVS Enfermagem) e em fontes normativas oficiais, incluindo o Protocolo

Assistencial da Saúde da Mulher (2021), as diretrizes da BVS Atenção Primária (2023) e o Guia Rápido de Pré-Natal (2025) do Ministério da Saúde.

Os critérios de inclusão contemplaram manuais técnicos, guias de bolso e artigos publicados entre 2019 e 2025, em língua portuguesa, que abordassem especificamente o papel do enfermeiro na saúde bucal gestacional e a interdisciplinaridade no pré-natal. Os dados foram organizados e analisados em três categorias temáticas: Principais patologias orais e seus riscos sistêmicos; Cronologia das intervenções odontológicas (Período de eleição); Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na promoção da higiene oral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura e dos protocolos vigentes (Brasil, 2022; BVS APS, 2023; Ministério Da Saúde, 2025) permitiu estruturar as evidências em torno do papel gestor do enfermeiro na saúde bucal.

O PERÍODO IDEAL PARA O TRATAMENTO E O “INTERVALO DE OURO”

A assistência à gestante deve considerar o conceito dos “Mil Dias”, que compreende desde a concepção até os dois anos de vida da criança. Conforme o Conselho Regional de Odontologia (2025), este é o “Intervalo de Ouro”, fase em que fatores externos (epigenética) influenciam cerca de 80% da expressão gênica da criança, sendo a saúde bucal da gestante um determinante crítico nesse processo.

Uma das principais atribuições do enfermeiro na consulta de pré-natal é desmistificar a insegurança quanto ao momento do atendimento odontológico. O estudo identifica que, embora urgências devam ser atendidas em qualquer fase, existe uma cronologia de eleição para o cuidado preventivo e curativo:

1º Trimestre (Fase de Organogênese): Período de cautela. O enfermeiro deve focar no controle de placa e orientações dietéticas. Procedimentos extensos são evitados para reduzir o estresse sistêmico, focando-se apenas na eliminação de focos álgicos agudos.

2º Trimestre (Período de Eleição): É o momento de maior estabilidade fisiológica para o binômio. Com a organogênese concluída e menor incidência de náuseas, é a fase ideal para intervenções curativas e restauradoras. O enfermeiro deve incentivar a gestante a realizar o tratamento definitivo neste estágio.

3º Trimestre: Fase de manutenção e conforto. Devido ao crescimento uterino, o enfermeiro deve orientar sobre a síndrome da hipotensão supina, recomendando sessões breves e o posicionamento semi-sentado para evitar compressão da veia cava.

SISTEMATIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A atuação do enfermeiro deve ser cronológica, acompanhando as mudanças fisiológicas de cada etapa gestacional. O Quadro 1 sintetiza essas ações, focando na competência do enfermeiro em cada trimestre.

Quadro 1 – Sistematização das Intervenções de Enfermagem na Saúde Bucal por Trimestre.

Trimestre	Foco da Intervenção	Principais Ações do Enfermeiro
1º Trimestre	Educação e Prevenção	Identificar hábitos de higiene; Orientar bochechos alcalinos (bicarbonato) após episódios de vômito; Estimular a cessação do tabagismo/etanol; Realizar encaminhamento prioritário ao pré-natal odontológico.
2º Trimestre	Tratamento (Eleição)	Realizar inspeção da cavidade oral em cada consulta; Confirmar a realização dos procedimentos curativos; Avaliar presença de sangramento gengival e granulomas.
3º Trimestre	Manutenção	Monitorar sinais de periodontite (risco de prematuridade); Recomendar sessões curtas e posição semi-sentada; Iniciar orientações sobre a higiene bucal do recém-nascido.
Puerpério	Continuidade e Biossegurança	Orientar sobre a não transmissão cruzada de patógenos via saliva; Reforçar que o cuidado materno reflete na saúde da criança.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

CORRELAÇÃO CLÍNICA: PATOLOGIAS E IMPACTOS MATERNO-FETAIS

O enfermeiro deve ser capaz de correlacionar achados físicos na cavidade oral com riscos sistêmicos. O Quadro 2 detalha as patologias mais prevalentes e a conduta clínica recomendada.

Quadro 2: Correlação Clínica: Patologias Orais, Impactos Materno-Fetais e Condutas de Enfermagem no Pré-natal.

Patologia	Repercussão Materno-Fetal	Intervenções na Consulta
Doenças Periodontais	Risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer devido à translocação de mediadores inflamatórios.	Inspeção de sangramento e mobilidade dentária; Orientar que o sangramento gengival não é normal e exige fio dental.
Cárie e Erosão Ácida	Pode causar abscessos e comprometer a nutrição materna.	Aconselhar redução de açúcares; Orientar bochechos com água após refluxo (evitar escovação imediata para proteger o esmalte).
Granuloma Piogênico	Desconforto mastigatório e ansiedade materna.	Identificar a lesão e tranquilizar a gestante sobre a natureza benigna (tumor gravídico) e reversibilidade.
Xerostomia	Aumenta a vulnerabilidade a infecções fúngicas (candidíase).	Estimular hidratação frequente; Inspeccionar mucosas em busca de placas esbranquiçadas (“sapinho”).

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), baseado em Tjioe (2021) e Paiva (2024).

Conforme observado nos quadros 1 e 2, o segundo trimestre destaca-se como o período de eleição para o tratamento odontológico definitivo. Esta recomendação baseia-se na estabilidade fetal e no maior conforto da gestante.

Certamente os cuidados diários detêm a maior contribuição ao longo da gestação e puerpério, além das fases não gravídicas-puerperais:

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DA BIOSSEGURANÇA DOMICILIAR

A atuação do enfermeiro transcende o consultório ao intervir em hábitos cotidianos que comprometem a biossegurança da família. Esta seção detalha as diretrizes de manutenção diária e a prevenção da transmissão cruzada de infecções.

DIRETRIZES PARA MANUTENÇÃO DA SAÚDE BUCAL

O aconselhamento deve ser pautado em evidências de controle de biofilme e remineralização tecidual:

Higiene Estratégica: A escovação ao acordar remove a carga bacteriana acumulada no período noturno, reduzindo a deglutição de microrganismos. Contudo, a escovação noturna é a prioridade absoluta, visto que a hipossalivação durante o sono reduz a proteção natural da mucosa.

Terapêutica Fluoretada: É imperativo o uso de cremes dentais com concentração mínima de 1.100 ppm de flúor. O enfermeiro deve orientar sobre a dosagem segura: quantidade equivalente a um “grão de arroz” para crianças não colaborativas (que não cospem) e um “grão de ervilha” para adultos e crianças maiores, prevenindo a fluorose dentária.

Manejo de Próteses e Órteses: Próteses removíveis devem ser higienizadas fora da cavidade oral com sabão neutro e removidas durante o sono para permitir a oxigenação da mucosa e prevenir estomatites.

Biossegurança no Banheiro: Um alerta crucial de educação em saúde é a proteção da escova em armários e o fechamento da tampa do vaso sanitário ao acionar a descarga, evitando a deposição de aerossóis contaminados nas cerdas.

USO RACIONAL DE ENXAGUANTES BUCAIS

O enfermeiro deve desestimular o uso indiscriminado desses produtos:

Critério de Escolha: Recomendar fórmulas sem álcool para evitar o ressecamento da mucosa, descamação e redução do fluxo salivar (xerostomia iatrogênica).

Uso Específico: Soluções com clorexidina devem ser restritas à prescrição do cirurgião-dentista, devido ao risco de pigmentação dentária e alteração do paladar em uso prolongado.

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO CRUZADA DE INFECÇÕES

Esta prática visa interromper a cadeia epidemiológica de patógenos orais entre cuidadores e indivíduos vulneráveis (bebês e idosos):

Janela de Infectividade: O compartilhamento de utensílios, soprar alimentos ou beijar a face/mãos do bebê favorece a colonização precoce por *Streptococcus mutans* (bactéria cariogênica) e vírus como *Herpes simplex*.

Impacto na Saúde do Idoso: Em pacientes acamados ou com disfagia, o controle da microbiota oral da família e do cuidador é uma medida de prevenção contra

Pneumonias Aspiratórias, uma vez que reduz a carga de patógenos exógenos que podem ser aspirados via saliva contaminada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da literatura e dos protocolos vigentes demonstra que a atuação do enfermeiro na saúde bucal durante o pré-natal transcende o simples encaminhamento administrativo. Ao integrar a avaliação da cavidade oral na consulta de enfermagem, o profissional assume um papel estratégico na prevenção de desfechos obstétricos desfavoráveis, como a prematuridade e o baixo peso ao nascer, diretamente associados às doenças periodontais.

Observou-se que o domínio sobre o segundo trimestre como o período ideal para o tratamento odontológico é o conhecimento chave para que o enfermeiro exerça sua função de gestor do cuidado, combatendo mitos e inseguranças que frequentemente afastam as gestantes do consultório dentário. A sistematização das orientações, desde o manejo da acidez bucal no primeiro trimestre até os cuidados com a biossegurança no puerpério, confere à enfermagem uma atuação clínica resolutiva e fundamentada em evidências.

A prevenção da transmissão cruzada e a educação sobre a higiene diária estendem o benefício da consulta para além da gestante, protegendo recém-nascidos e idosos no ambiente doméstico. Como resultado desta revisão, propõe-se a adoção do Guia Prático de Orientação Rápida para Gestantes (Apêndice A) como recurso educativo e clínico, voltado ao uso em salas de espera e durante as consultas de enfermagem no pré-natal, fortalecendo a integralidade e a interdisciplinaridade na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

AHLSTEDT, J. M.; VASQUES, J. B.; GUEDES, C. Papel do Enfermeiro na prevenção das doenças periodontais e saúde bucal durante pré-natal. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 01, p. 132-143, 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/doencas-periodontais>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2022. (Cadernos de Atenção Básica).

BVS APS. **Qual o período ideal para gestante realizar tratamento odontológico?** São Paulo: BVS Atenção Primária em Saúde, 2023. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/qual-o-periodo-ideal-para-gestante-realizar-treatment-odontologico/>.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL. **A importância do pré-natal odontológico para mães e bebês**. Disponível em: <https://cro-df.org.br/cfo-esclarece-a-importancia-do-pre-natal-odontologico-para-maes-e-bebes/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

DE CARVALHO, G. M. et al. Saúde Bucal na gestação e suas implicações para a gestante e feto: perspectivas do enfermeiro durante o pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 15, p. e1124, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1124.2019>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Rápido: Pré-Natal 2025**. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2025.

SIQUEIRA, C. M.; COSTA, P. M. C.; ALMEIDA JUNIOR, P. A. Atenção em saúde bucal da gestante: sua importância, medos e mitos relacionados. **Revista Saúde Multidisciplinar**, v. 7, n. 1, 2020.

TJIOE, K. C. **Consumo crônico de bebidas alcoólicas pode contribuir para o desenvolvimento do câncer de boca**. Jornal da USP, Momento Odontologia, 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/podcast/momento-odontologia-96/>.

APÊNDICE A – GUIA PRÁTICO DE ORIENTAÇÃO RÁPIDA PARA GESTANTES: SAÚDE BUCAL E INTERDISCIPLINARIDADE

Este guia visa orientar a gestante e sua família sobre os cuidados essenciais, desmistificando medos e promovendo a biossegurança no ambiente doméstico.

1. O Momento do Cuidado: Quando ir ao Dentista?

Ideal: Segundo Trimestre (entre o 4º e o 6º mês). É a fase mais confortável e segura para tratamentos definitivos.

Urgências: Podem e devem ser atendidas em qualquer momento da gestação. Dor e infecção geram estresse que prejudica o bebê.

Mito: “Anestesia faz mal”. O dentista utiliza anestésicos específicos e seguros para gestantes. O risco maior é manter uma infecção na boca.

2. Dez Mandamentos da Higiene Diária

- ✓ **Escovação Noturna:** É a mais importante! Nunca durma sem escovar os dentes.
- ✓ **Creme Dental:** Use sempre pasta com flúor (mínimo de 1.100 ppm).
- ✓ **Quantidade:** Para você e crianças maiores, use o equivalente a um grão de ervilha.
- ✓ **Vômitos e Enjoo:** Após vomitar, não escove os dentes imediatamente. Faça bochecho com água ou solução de bicarbonato para neutralizar o ácido e aguarde 20 minutos.
- ✓ **Fio Dental:** Use diariamente. Gengiva saudável não sangra; se sangrar, use o fio com mais frequência e procure o dentista.
- ✓ **Açúcar:** Reduza doces e carboidratos, especialmente entre as refeições.
- ✓ **Língua:** Escove a língua suavemente para evitar o mau hálito e acúmulo de bactérias.
- ✓ **Enxaguante:** Prefira os **sem álcool**. Use apenas como complemento, nunca substitua a escovação.
- ✓ **Troca da Escova:** A cada 3 meses ou após gripes e infecções de garganta.
- ✓ **Vaso Sanitário:** Feche sempre a tampa antes de dar descarga para não contaminar sua escova.

3. Protegendo quem você ama: Biossegurança na Família

Evite a **Transmissão Cruzada** de bactérias e vírus (Herpes, Cárie, Sapinho):

- ✓ **Não sople** a comida do bebê.
- ✓ **Não limpe** a chupeta ou o bico da mamadeira na sua própria boca.
- ✓ **Não compartilhe** talheres ou escovas de dente.
- ✓ **Atenção aos Idosos:** Cuidar da boca de quem cuida do idoso evita que bactérias da saliva causem pneumonias graves em pessoas acamadas.

PROTOCOLO DE MANEJO DE CRISE E CONTENÇÃO SEGURA NO HOSPITAL GERAL: UMA ABORDAGEM INTEGRADA PELAS RESOLUÇÕES COFEN 744/2024 E 746/2024

Flávia Cristina Fechó Guimarães. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeira da Unidade de Pacientes Graves Fundação de Apoio às Escolas Técnicas (FAETEC). E-mail: flaviafecho2@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-8534-541X>.

Mônica Gonçalves Reis. Especialista em Pneumologia Sanitária - ENSP/FIOCRUZ. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeira emergencista Hospital Geral de Guarus. E-mail: monicareis2000@yahoo.com.

Ângela Carlos do Amaral. Especialista em Dermatologia e Estética - UGF. Especialização em Podiatria Clínica - UERJ. Capacitação Pedagógica - FGV. Fundação Municipal de Saúde Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Ferreira Machado e Hospital São José. E-mail: aca_1964@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0982-5169>.

Sueli Rangel Gomes. Especialista em Saúde Mental e Dependência Química pela Faculdades Integradas de Patos. Especialista em MBA em Saúde Pública com ênfase em Geriatria e Gerontologia pela UVA. Fundação de Apoio às Escolas Técnicas - FAETEC. E-mail: sueli.gomes@prof.etejbm.faetec.rj.gov.br

DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-08

RESUMO: O atendimento a pacientes em crise psiquiátrica ou quadros de *delirium* em hospitais gerais exige protocolos que alinhem a segurança da equipe à integridade do paciente. Este trabalho objetiva propor um protocolo de intervenção gerencial para o manejo de crises e agitação psicomotora, fundamentado nas Resoluções COFEN nº 744/2024 e nº 746/2024, além do Sistema Manchester de Classificação de Risco. A metodologia consistiu em uma pesquisa qualitativa, do tipo proposta de intervenção, baseada em revisão normativa e bibliográfica. Os resultados evidenciam a necessidade de uma hierarquia de cuidados, partindo do manejo ambiental e verbal até a contenção mecânica como último recurso, com foco na prevenção de iatrogenias como *skin tears*, quedas do leito e lesões por imobilidade. Como ferramenta prática, propõe-se um Checklist de Verificação para monitoramento da assistência e suporte à auditoria. Conclui-se que a padronização das condutas, o registro fidedigno e a definição das competências entre enfermeiro e técnico garantem um cuidado humanizado, seguro e com amplo respaldo ético-legal.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Psiquiátrica; Contenção Mecânica; Segurança do Paciente; Gestão de Riscos; Resoluções COFEN.

INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem no hospital geral deve observar o duplo amparo normativo estabelecido em 2024: enquanto a Resolução COFEN nº 744/2024 define as diretrizes gerais para a contenção mecânica em pacientes clínicos e críticos, visando a segurança contra quedas e preservação de terapias, a Resolução COFEN nº 746/2024 especializa o cuidado no manejo da crise psiquiátrica e episódios de surto. A convergência dessas normas assegura que, independentemente da etiologia da agitação, seja ela clínica (delirium) ou psíquica (psicose), a equipe de enfermagem atue sob critérios estritos de excepcionalidade, técnica preventiva e registro ético-legal.

Ao identificar as condições clínicas na consulta de enfermagem, na classificação de risco, aplica-se o Protocolo de Manchester (2021) que permite priorizar o atendimento: Emergência (Vermelho): Risco iminente de auto/heteroagressão. Requer intervenção imediata da equipe (5 pontos de contenção). Urgente (Laranja/Amarelo): Agitação moderada. Foco no manejo ambiental e verbal.

Contudo, a contenção mecânica exige critérios de aplicação e uso de protocolos institucionais. Logo, a relevância deste estudo fundamenta-se na necessidade de padronizar a assistência de enfermagem diante do aumento de casos de agitação psicomotora e desorientação em hospitais gerais.

Embora seja uma medida de exceção, a contenção mecânica é frequentemente indispensável para garantir a integridade de pacientes que, em estado confusional, oferecem risco a si mesmos ou à continuidade do tratamento (como a retirada inadvertida de dispositivos invasivos). A recente atualização da Resolução COFEN nº 746/2024 exige que as instituições revisem seus processos para garantir que a restrição física seja executada com técnica preventiva, evitando iatrogenias comuns, como as skin tears em idosos e quedas do leito decorrentes de tentativas de desvencilhamento das amarras.

Como a equipe de enfermagem pode atuar no manejo de pacientes em surto ou desorientados no hospital geral, garantindo a segurança terapêutica e a integridade cutânea, em conformidade com as diretrizes da Resolução COFEN 746/2024? Com base nesta questão, emergiu a proposta de elaboração de um protocolo de intervenção gerencial para o manejo seguro da crise e contenção mecânica no hospital geral,

fundamentado na Resolução COFEN nº 746/2024, visando a segurança terapêutica e a prevenção de eventos adversos tegumentares em pacientes clínicos desorientados ou em surto.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para alcançar o objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, do tipo proposta de intervenção gerencial, baseada em revisão normativa e bibliográfica. A construção do protocolo fundamentou-se na análise das Resoluções COFEN nº 744/2024 e nº 746/2024 e nas diretrizes do Sistema Manchester de Classificação de Risco. O levantamento bibliográfico abrangeu bases de dados como SciELO e periódicos de enfermagem, focando em segurança do paciente e cuidados para prevenção de lesões. A estrutura do protocolo foi desenhada para aplicação prática em unidades de urgência e emergência e unidades de internação clínica.

TIPOS DE CONTENÇÃO E SUAS INDICAÇÕES

A assistência de enfermagem na crise psiquiátrica deve seguir uma hierarquia de intervenções, partindo sempre do método menos invasivo para o mais restritivo, conforme as necessidades clínicas e de segurança, descritas no quadro 1.

Quadro 1: Hierarquia de Intervenções no Manejo da Crise e Agitação Psicomotora		
Tipo de Contenção	Indicação Principal	Ações de Enfermagem e Embasamento
1. Ambiental	Sinais leves de agitação, desorientação ou quadros de <i>delirium</i> (comum em idosos).	Redução de estímulos sensoriais (luz e ruídos). Alocação em ambiente seguro, livre de objetos perfurocortantes. Foco no acolhimento e redução da ansiedade.
2. Verbal (Desescalonamento)	Primeira linha de tratamento para qualquer grau de agitação com possibilidade de comunicação.	Escuta ativa e fala firme/mansa por um único interlocutor. Estabelecimento de vínculo terapêutico. Segundo Menezes e Alvim (2020), evita o escalonamento da violência.
3. Química (Farmacológica)	Agitação moderada a grave, quando o manejo verbal é insuficiente para a segurança.	Administração de psicofármacos conforme prescrição. Monitoramento rigoroso do nível de sedação, estabilidade hemodinâmica e proteção de vias aéreas.

4. Mecânica (Física)

Último recurso. Risco iminente de auto/heteroagressão, queda ou preservação de terapias.

Restrição de membros e/ou tronco conforme Resolução COFEN 746/2024. Exige técnica de 5 pontos e proteção tegumentar (algodão ortopédico) para evitar *skin tears*.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), adaptado de COFEN (2024), Menezes e Alvim (2020) e Siqueira de Carvalho et al. (2020).

INDICAÇÕES DA CONTENÇÃO

Para que a equipe de enfermagem atue com segurança jurídica, o protocolo deve deixar claro que a decisão de conter não é baseada no comportamento “incômodo”, mas em critérios clínicos:

Indicações Principais

Risco de Autoagressão: Quando o paciente tenta infligir danos a si mesmo ou apresenta ideação suicida com planejamento de execução imediata.

Risco de Heteroagressão: Quando há ameaça real ou agressão física a outros pacientes, familiares ou membros da equipe.

Preservação de Terapias: Casos em que o paciente, em estado de confusão mental aguda (*delirium*), tenta retirar dispositivos invasivos essenciais (sondas, cateteres centrais, acessos venosos de medicação contínua).

Agitação Psicomotora Extrema: Quando a movimentação desordenada impede a realização de exames diagnósticos vitais ou oferece risco de queda grave.

CONTRAINDICAÇÕES E ALERTAS PARA IDOSOS/VULNERÁVEIS

A Resolução 746/2024 e as diretrizes de segurança na assistência ao idoso hospitalizado (Freitas; Py, 2022) alertam para situações em que a contenção mecânica deve ser evitada ou monitorada com cautela redobrada, devido à fragilidade musculoesquelética e à alta vulnerabilidade do tecido cutâneo nesta população.

Instabilidade Hemodinâmica Grave: O esforço físico contra as contenções pode sobrecarregar o sistema cardiovascular.

Fratividades Ósseas e Cutâneas: Contraindica-se a contenção direta sobre a pele fragilizada sem proteção. Em pacientes com osteoporose severa, a força da contenção pode causar fraturas.

Comprometimento Respiratório: A contenção nunca deve dificultar a expansão torácica. O uso de contenção em decúbito horizontal em idosos aumenta drasticamente o risco de broncoaspiração.

Estado de Choque ou Rebaixamento de Consciência: Se o paciente está letárgico, a contenção física é desnecessária e perigosa.

TEMPO DE PERMANÊNCIA E REAVALIAÇÃO

O protocolo estabelece critérios rigorosos para a manutenção e descontinuidade da medida, visando o retorno à autonomia do paciente:

Duração da Medida: A contenção não possui horário fixo de término; ela deve perdurar pelo tempo mínimo necessário até que ocorra a estabilização do quadro (seja pelo efeito da contenção química ou cessação do surto), priorizando sempre a segurança do paciente e da equipe (COFEN, 2024).

Reavaliação Horária (Sistematização): Conforme preconizado pelas boas práticas de segurança em emergências, o enfermeiro deve realizar a reavaliação clínica a cada 1 hora. O objetivo é verificar a possibilidade de liberação gradativa dos membros (ex: redução de 5 pontos para 2 pontos), avaliando o nível de consciência e agressividade (Siqueira De Carvalho et al., 2020).

Liberação Gradual: A retirada deve ser feita de forma escalonada, testando a reação do paciente a cada membro liberado, evitando a soltura total imediata se ainda houver instabilidade.

PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E CUIDADOS ESPECÍFICOS

Contenção de Tronco com Uso de Lençol

A contenção do tronco é indicada para pacientes com agitação severa ou risco elevado de queda do leito, visando estabilizar o eixo central do corpo.

Técnica: Deve-se utilizar um lençol resistente, dobrado em forma de faixa larga, passando-o sobre o tórax do paciente (na altura do esterno, nunca sobre o pescoço ou abdome inferior) e fixando-o nas longarinas do leito (nunca nas grades móveis).

Precaução: É obrigatório garantir que a contenção permita a expansão torácica plena. O uso de lençóis mal posicionados pode levar à asfixia posicional ou compressão de órgãos vitais. O nó deve ser de fácil desate pela equipe, mas inacessível ao paciente.

PREVENÇÃO DE QUEDAS E IATROGENIAS

A contenção mecânica, paradoxalmente, pode aumentar o risco de quedas graves se o paciente tentar se soltar e o leito não estiver devidamente preparado.

Grades do Leito: Devem estar sempre elevadas, porém, o espaço entre a grade e o colchão deve ser monitorado para evitar o aprisionamento de membros.

Monitoramento Tegumentar: A fricção do corpo contra o leito ou contra as próprias faixas de contenção pode gerar iatrogenias como as *skin tears*. A aplicação de barreiras protetoras (algodão ortopédico) é a medida preventiva padrão-ouro. a aplicação de barreiras protetoras (algodão ortopédico) é a medida preventiva padrão-ouro. Santos e Oliveira (2022) reforçam que a proteção mecânica das proeminências ósseas reduz drasticamente a incidência de *skin tears* em pacientes idosos restritos.

PREVENÇÃO DE LESÕES POR IMOBILIDADE IMPOSTA

A imobilidade imposta constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de lesões cutâneas e musculoesqueléticas, especialmente em pacientes hospitalizados, acamados ou com limitações funcionais temporárias ou permanentes. Esse tipo de imobilidade pode decorrer de condições clínicas graves, surtos psíquicos, procedimentos cirúrgicos, uso de dispositivos médicos, sedação, déficits neurológicos ou fragilidade associada ao envelhecimento. Nesse contexto, a prevenção das lesões relacionadas à imobilidade representa uma etapa fundamental do cuidado em saúde, com impacto direto na redução de complicações, no tempo de internação e nos custos assistenciais (Reis, 2022).

As lesões por imobilidade, com destaque para as lesões por pressão, resultam da combinação de fatores como pressão prolongada sobre proeminências ósseas, cisalhamento, fricção e alterações na perfusão tecidual. A manutenção da pressão acima da pressão capilar por períodos prolongados compromete a oxigenação dos tecidos, levando à isquemia, hipóxia celular e necrose tecidual (EPUAP; NPIAP; PPPIA, 2019). Além disso, a imobilidade favorece rigidez articular, atrofia muscular e alterações circulatórias.

A etapa de prevenção deve iniciar-se precocemente, preferencialmente no momento da admissão do paciente, por meio da avaliação sistemática do risco para o desenvolvimento de lesões. Recomenda-se a utilização de instrumentos validados, como a Escala de Braden, amplamente empregada na prática clínica por considerar fatores como mobilidade, atividade, umidade, nutrição, percepção sensorial e fricção/cisalhamento (Cavalcante, 2023).

Entre as principais estratégias preventivas destacam-se a mudança periódica de decúbito, o uso de superfícies de apoio redistribuidoras de pressão, o posicionamento adequado do paciente e a proteção de proeminências ósseas. Tais medidas visam reduzir a intensidade e a duração da pressão exercida sobre os tecidos, favorecendo a perfusão local e a integridade da pele (Da Costa Nascimento, 2024).

O cuidado com a pele constitui outro componente essencial da prevenção, incluindo inspeção diária, higienização adequada, hidratação e controle da umidade associada à incontinência. A utilização de produtos barreira contribui para a preservação da integridade cutânea e para a prevenção de dermatites associadas à umidade (Alves, 2022).

Dessa forma, a prevenção de lesões por imobilidade imposta deve ser entendida como uma ação contínua e integrada ao processo de cuidado, exigindo atuação multiprofissional, planejamento sistematizado e adoção de protocolos baseados em evidências, com vistas à segurança do paciente e à qualidade da assistência.

VIGILÂNCIA DE DISPOSITIVOS INVASIVOS E MONITORAMENTO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA NO PACIENTE CRÍTICO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) configura-se como o ambiente de maior risco para o desenvolvimento de condições que demandam contenção mecânica, exigindo uma análise rigorosa e específica. Conforme a Resolução COFEN nº 744/2024 e as diretrizes internacionais PADIS (2025), adotadas no Brasil pela AMIB a contenção mecânica deve ser manejada como intervenção de última instância. Sua aplicação apresenta especificidades críticas durante o desmame da sedação, período em que a incidência de delirium hiperativo é elevada em pacientes sob ventilação mecânica.

Este quadro, caracterizado por flutuações da consciência e agitação psicomotora, manifesta-se por comportamentos incompatíveis com a segurança terapêutica, elevando o risco de remoção inadvertida de dispositivos invasivos essenciais, como tubo orotraqueal e cateteres centrais. Tais incidentes representam eventos adversos graves com potencial risco de morte, demandando monitoramento multiprofissional contínuo e o uso criterioso de medidas de proteção (Lewis et al., 2025; COFEN, 2024).

Complementarmente, a imobilidade no contexto hospitalar deve ser compreendida como um fenômeno que agrava o declínio funcional e cognitivo do paciente crítico. Segundo Reis (2022), o agir na prevenção da imobilidade é essencial para mitigar os efeitos adversos do internamento, exigindo que a enfermagem implemente estratégias de mobilização precoce. Nesse cenário, a contenção mecânica, quando utilizada de forma excepcional e proporcional, configura-se como uma medida temporária de proteção à vida. Para tanto, deve ser rigorosamente monitorada e reavaliada pela equipe de enfermagem, conforme preceitua a Resolução COFEN nº 744/2024, garantindo a continuidade do tratamento e a preservação da dignidade do paciente (Reis, 2022; COFEN, 2024).

O REGISTRO DE ENFERMAGEM E IMPLICAÇÕES LEGAIS

O registro é o respaldo ético-legal da equipe. Segundo a Resolução COFEN 746/2024, a omissão de dados no prontuário pode caracterizar negligência ou imperícia em caso de processos judiciais por iatrogenias.

Quadro 2: Atribuições e Registros de Enfermagem na Contenção Mecânica

Profissional	Atribuição Principal	Itens Obrigatórios no Registro (Prontuário)
Enfermeiro	Decisão, Prescrição e Supervisão.	Justificativa clínica; falha em métodos anteriores; horário de início; tipo de contenção; orientações à equipe.
Técnico de Enfermagem	Execução e Vigilância Contínua.	Sinais de perfusão periférica; integridade da pele (presença de lesões); nível de consciência; oferta de hidratação e higiene.
Equipe (Geral)	Reavaliação e Remoção.	Horário da soltura gradual; estado do paciente pós-contenção; intercorrências durante o período de restrição.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base na Resolução COFEN nº 746/2024.

REAVALIAÇÃO E REMOÇÃO

A remoção da contenção é uma decisão do enfermeiro. O registro deve indicar o horário da soltura, a condição da pele do paciente após a retirada e o plano de cuidados subsequente. A manutenção de um paciente contido sem necessidade clínica atual é considerada cárcere privado e passível de punição legal.

Como ferramenta gerencial de apoio à decisão e auditoria, propõe-se a utilização de um Checklist (Apêndice A), que permite o monitoramento em tempo real das metas de segurança do paciente, garantindo que a Resolução 746/2024 seja cumprida em todas as suas etapas, desde a indicação até a remoção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adoção de um protocolo fundamentado nas Resoluções COFEN nº 744/2024 e nº 746/2024 confere segurança jurídica e técnica à equipe de enfermagem. A integração com o Sistema Manchester organiza o fluxo hospitalar, enquanto o foco na prevenção de iatrogenias e lesões de pele eleva o padrão de segurança do paciente. O manejo da crise deve ser, primordialmente, um ato de cuidado que visa a estabilização para o posterior encaminhamento à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), garantindo uma assistência humanizada e baseada em evidências.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo Renato Vieira. **Construção e validação de conteúdo para portal educativo: prevenção da dermatite associada à incontinência e cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado**. 2022.

BRASIL. **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. Brasília, 2001.

CAVALCANTE, Tamires Barradas. **Validação de protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão**. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 744, de 20 de março de 2024**. Normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no procedimento de Contenção Mecânica de Pacientes. Brasília: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-744-2024/>. Acesso em: 19 dez. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 746, de 20 de março de 2024**. Define as diretrizes para a contenção mecânica de pacientes pela equipe de Enfermagem. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-746-2024/>. Acesso em: 19 dez. 2025.

DA COSTA NASCIMENTO, Francirômulo et al. Estratégias de prevenção das lesões por pressão em pacientes críticos: uma revisão integrativa. **Observatório De La Economía Latinoamericana**, v. 22, n. 2, p. e3411-e3411, 2024.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL (NPIAP); PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (PPPIA). **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline**. 3. ed. Cambridge: Cambridge Media, 2019.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

GEOVANINI, T. **História da Enfermagem: Versões e Interpretações**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Protocolo de Manchester: guia de classificação de risco na urgência e emergência**. 2. ed. Belo Horizonte: GBCR, 2021.

MENEZES, G.; ALVIM, L. Manejo Verbal na Crise: Protocolos de Segurança e Comunicação Terapêutica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 4, 2020.

REIS, Sónia Maria dos. **Imobilidade na pessoa em internamento hospitalar**: Agir na prevenção. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2022.

SANTOS, M.; OLIVEIRA, R. Prevenção de Lesões de Pele (Skin Tears) em Pacientes sob Restrição Mecânica: uma abordagem gerontológica. **Jornal de Estomaterapia**, v. 15, n. 2, 2022.

SIQUEIRA DE CARVALHO, A. C. et al. Contenção mecânica nos serviços de urgência e emergência. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 14, 2020. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.245201. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245201>. Acesso em: 05 jan. 2026.

STEFANELLI, M. C.; ARANTES, E. C. **Enfermagem Psiquiátrica em Hospital Geral**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2021.

**APÊNDICE A – CHECKLIST DE CONTENÇÃO MECÂNICA SEGURA
(CONFORME RESOLUÇÕES COFEN Nº 744/2024 E 746/2024)**

Identificação do Paciente:

_____ **Data:** ____/____/____
Prontuário: _____ Clínica/Leito _____ **Data:** ____/____/____

ETAPA 1: AVALIAÇÃO E INDICAÇÃO (Privativo do Enfermeiro)	SIM	NÃO
Houve tentativa de manejo verbal/ambiental sem sucesso?	☐	☐
Há risco iminente de auto/heteroagressão ou queda grave?	☐	☐
Há necessidade de preservação de dispositivos (SNE, Acesso Central, TOT)? Qual ou quais?	☐	☐
Foi verificada contraindicação (instabilidade hemodinâmica/fratura)?	☐	☐
A contenção foi prescrita em prontuário pelo enfermeiro?	☐	☐
ETAPA 2: EXECUÇÃO DA TÉCNICA (Equipe de Enfermagem)	SIM	NÃO
Equipe mínima presente (05 profissionais para 5 pontos)?	☐	☐
Utilizada barreira de proteção (algodão/espuma) sob as faixas?	☐	☐
Contenção de tronco permite expansão torácica (mão do avaliador livre)?	☐	☐
Grades do leito elevadas e cabeceira levemente elevada (30°)?	☐	☐
	SIM	NÃO

ETAPA 3: MONITORIA E SEGURANÇA (Vigilância Contínua da Equipe)		
Perfusão e integridade da pele verificadas a cada 30 minutos?	☐	☐
Hidratação, alimentação e higiene foram oferecidas e registradas?	☐	☐
Sinais vitais e nível de consciência monitorados?	☐	☐
Enfermeiro reavaliou a necessidade da manutenção a cada 1 hora?	☐	☐
ETAPA 4: DESOSPITALIZAÇÃO / RETIRADA	SIM	NÃO
Retirada gradual (um membro por vez) conforme controle do surto?	☐	☐
Registro do horário de término e condições da pele pós-retirada?	☐	☐
Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base nas Resoluções COFEN nº 744/24 e nº 746/2024.		

- CAPÍTULO IX -

SAÚDE ANIMAL E HUMANA: ESTRATÉGIAS DE MANEJO DE FERIDAS EM FAMÍLIAS MULTIESPÉCIE

Catharine Ferreira dos Santos Andrade. Médica Veterinária. Pós-graduada em Cirurgia de Pequenos Animais na Anclivepa-SP. E-mail: catharineandrade@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-7288-8321>.

Giovanna Pereira Gomes. Discente do curso de Medicina Veterinária da Universidade Estácio de Sá (UNESA). E-mail: giovannagomes1601@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-9201-4893>.

Thiago Aliprandi Lima. Enfermeiro. UFES. Enfermeiro Especialista em Podiatria clínica - UERJ. Fundação Municipal de Saúde Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital São José. E-mail: thiagoaliprandi@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-5903-7647>.

Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita. Médica UNIG. Universidade Iguaçu *campus* Itaperuna. E-mail: rafacamaral01@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0803-5660>.

DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-09

RESUMO: Introdução: A ascensão da família multiespécie no Brasil contemporâneo demanda uma reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica da Saúde Única (*One Health*). Em municípios como Campos dos Goytacazes (RJ), a proximidade entre humanos e animais, somada a lacunas na assistência veterinária pública, favorece a persistência de zoonoses de alta morbidade. Objetivo: Analisar a correlação entre a integridade clínica dos animais de estimação e a saúde de seus tutores, propondo diretrizes de manejo e fluxos de integração assistencial na Atenção Básica. Materiais e Métodos: Pesquisa qualitativa e descritiva baseada em revisão bibliográfica (2015-2026) e análise de dados epidemiológicos locais do CCZ-Campos e do Hospital Veterinário da UENF. Resultados e Discussão: Identificou-se que padrões lesionais específicos (ulcerativo-granulomatoso na esporotricose e descamativo na leishmaniose) funcionam como eventos sentinelas no domicílio. O principal gargalo assistencial é a fragmentação de dados entre a clínica médica e a veterinária. Como solução, propõe-se a implementação do “Prontuário Único da Família Multiespécie” e da “Guia de Encaminhamento de Saúde Única” (GESU). Considerações Finais: A integração assistencial e a capacitação de agentes de saúde para o manejo de feridas animais são estratégias de eficiência econômica para o SUS, capazes de interromper ciclos de reinfecção e promover o bem-estar coletivo.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Única. SUS. Atenção Básica. Esporotricose. Leishmaniose.

INTRODUÇÃO

A contemporaneidade marca uma mudança de paradigma na configuração das unidades familiares, consolidando o conceito de família multiespécie, onde animais de

estimação ocupam o status de membros do núcleo afetivo e social. Contudo, essa proximidade física e emocional entre humanos e pets não tem sido acompanhada por uma integração proporcional nas políticas públicas de saúde. A abordagem de Saúde Única (*One Health*) reconhece que a saúde humana, animal e ambiental é interdependentes e indissociáveis (WHO, 2024). No Brasil, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) seja referência em universalidade, a interface entre a clínica veterinária preventiva e a Atenção Básica ainda apresenta lacunas críticas que comprometem a eficácia da vigilância epidemiológica.

No cenário brasileiro, o acesso à assistência veterinária é estratificado por diferentes níveis de oferta, que variam conforme o poder aquisitivo do tutor e as políticas locais. A crescente inclusão de pets em planos de saúde privados reflete a valorização do animal no núcleo familiar, permitindo uma medicina preventiva mais rigorosa para uma parcela da população (Silva, 2024). Entretanto, para a maioria das famílias atendidas pela Atenção Básica, o suporte financeiro para convênios é inexistente, o que desloca a demanda para o setor público.

Nesse vácuo assistencial, surgem iniciativas municipais como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para Pets e os Consultórios Veterinários Públicos. Essas estruturas, mantidas por prefeituras, buscam descentralizar o atendimento, focando em consultas de baixa complexidade, vacinação e castração gratuita (Gomes; Santos, 2025). Embora representem um avanço na democratização da saúde, tais unidades frequentemente enfrentam limitações de insumos e alta demanda, funcionando de forma isolada da rede de saúde humana do município.

Complementando essa rede, os Hospitais Veterinários Universitários (HVUs) desempenham um papel técnico-científico vital. Como centros de excelência, os HVUs absorvem casos complexos, oferecendo tratamentos de ponta a custos sociais ou gratuitos. No entanto, a distância geográfica e as filas de espera limitam o uso dessas instituições como ferramenta de resposta rápida para o controle de infecções comunitárias. A falta de um fluxo de referência formal entre as UBS humanas e esses centros de assistência animal impede que casos de zoonoses identificados no domicílio recebam o tratamento veterinário tempestivo necessário para interromper a cadeia de transmissão (Martins, 2023).

Nesse contexto, o problema central desta investigação reside na desconexão assistencial entre o cuidado com a saúde animal e a assistência à saúde humana na Atenção Primária à Saúde (APS). Observa-se que feridas e patologias cutâneas em animais de estimação, muitas vezes negligenciadas por falta de recursos financeiros dos tutores ou por desconhecimento técnico, tornam-se reservatórios de agentes infecciosos. Sem o suporte da rede pública para o diagnóstico e tratamento do pet, o tutor e sua família ficam expostos a zoonoses de alta morbidade, como a esporotricose e a leishmaniose. O ciclo de reinfecção doméstica sobrecarrega o SUS com tratamentos humanos prolongados que poderiam ter sido evitados com uma intervenção precoce no animal (FIOCRUZ, 2023).

Toda problemática descrita, reforça a relevância deste estudo justifica-se pela necessidade premente de reduzir a incidência de zoonoses negligenciadas em áreas urbanas e periurbanas. A investigação do manejo de feridas animais como estratégia de saúde pública permite otimizar os recursos do SUS, uma vez que a prevenção e o controle de infecções no “paciente animal” funcionam como uma barreira sanitária para o “paciente humano”. Além disso, a inserção dessa temática na Atenção Básica corrobora com as novas diretrizes das equipes multiprofissionais (eMulti), que visam uma visão holística e intersetorial do território e das vulnerabilidades das famílias (Brasil, 2023). Do ponto de vista social, o estudo oferece subsídios para reduzir o abandono de animais doentes, promovendo a posse responsável e o bem-estar coletivo.

Assim, o objetivo geral deste trabalho é analisar a correlação entre o estado de saúde dos animais de estimação e a integridade da saúde dos seus tutores, propondo diretrizes para o manejo de feridas e controle de infecção domiciliar que possam ser integradas às práticas de vigilância e educação em saúde da Atenção Básica do SUS.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente investigação caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa e descritiva, pautada em uma revisão bibliográfica e documental sobre a integração de políticas de saúde animal e humana no Brasil. O percurso metodológico foi estruturado em três etapas distintas e complementares, sendo elas: Levantamento Bibliográfico e Documental que consistiu na busca e análise de artigos científicos,

manuals técnicos do Ministério da Saúde e diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicados entre 2015 e 2026.

As bases de dados consultadas incluíram SciELO, PubMed e o Repositório de Estratégias do SUS. Os descritores utilizados foram: “Saúde Única”, “Atenção Primária à Saúde”, “Zoonoses” e “Manejo de Feridas”. O critério de inclusão focou em estudos que correlacionam a vulnerabilidade socioeconômica de tutores com a incidência de infecções em pets (Almeida, 2024). Concluída esta fase, foi realizada uma análise comparativa dos modelos de assistência oferecidos pela rede pública (UBS Pets e Centros de Vigilância em Zoonoses), rede suplementar (planos de saúde animal) e o suporte acadêmico (Hospitais Veterinários Universitários). Esta etapa buscou identificar os gargalos de comunicação entre o diagnóstico humano na Unidade Básica de Saúde (UBS) e o encaminhamento para o tratamento do animal sentinela (Garcia; Lima, 2023).

Com base nos dados coletados, a metodologia avançou para a sistematização de orientações técnicas focadas no controle de infecção domiciliar. Esta fase baseou-se em protocolos de enfermagem e medicina veterinária preventiva para a criação de um guia prático de barreira sanitária familiar, aplicável por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante visitas domiciliares. O foco recaiu sobre o uso de antissépticos, métodos de isolamento e o descarte correto de materiais contaminados (Santos *et al.*, 2025).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através da análise sistêmica da interface saúde animal-humana revelam que a ferida no animal de estimação é o principal preditor de risco zoonótico no ambiente doméstico. A investigação estruturou-se nos pontos a seguir.

MAPEAMENTO E DIFERENCIAÇÃO DE LESÕES SENTINELAS

Identificou-se que as lesões cutâneas em pets na Atenção Básica apresentam-se predominantemente em três padrões epidemiológicos:

Padrão Ulcerativo-Granulomatoso: Frequentemente associado à Esporotricose (*Sporothrix spp.*). Manifesta-se como feridas que não cicatrizam, principalmente no focinho e extremidades de felinos. Os resultados apontam que 70% dos tutores de gatos

com esporotricose desenvolvem lesões linfocutâneas por falta de manejo preventivo (Rocha, 2024). No município de Campos dos Goytacazes, a esporotricose é classificada como uma epidemia urbana consolidada, com alta incidência em bairros periféricos e na zona central, onde a densidade de felinos com acesso à rua potencializa a disseminação do fungo para os tutores, predominantemente mulheres adultas.

Padrão Descamativo e Alopecico: Este padrão caracteriza-se pela perda de pelos associada à presença de escamas cutâneas, crostas e hiperqueratose. Este é o sinal clínico sentinela para a Leishmaniose Visceral Canina (LVC), que em Campos dos Goytacazes apresenta caráter endêmico sob vigilância ativa. Embora a transmissão dependa do vetor flebotomíneo (mosquito-palha), presente na região da bacia do Rio Paraíba do Sul, a identificação de cães com descamação periocular e onicogribose (unhas crescidas) no domicílio sinaliza a circulação do parasita no território.

Padrão Supurativo Traumático: Decorrente de brigas e mordeduras. Embora não sejam zoonoses primárias, estas feridas tornam-se reservatórios de bactérias multirresistentes, oferecendo risco de infecções secundárias graves para crianças e idosos da residência.

PROTOCOLO DE BARREIRA SANITÁRIA DOMICILIAR

A investigação consolidou um conjunto de medidas de manejo que, quando aplicadas, reduzem drasticamente a carga infectante no ambiente. Os resultados sugerem que o controle de infecção deve ser dividido em:

Antissepsia e Proteção: O uso de solução de clorexidina a 0,5% para limpeza de feridas animais mostrou-se mais eficaz e menos citotóxico que o uso de álcool ou iodo (Souza, 2025). O uso de luvas de procedimento pelo tutor durante o curativo é a medida individual mais eficaz contra a transmissão direta.

Isolamento Físico e Social: Animais com feridas exsudativas devem ser mantidos em ambientes de fácil higienização (pisos frios) e restritos ao contato com camas e sofás até a completa reepitelização da lesão.

Manejo de Fômites: A desinfecção de utensílios com hipoclorito de sódio a 1% neutraliza a maioria dos esporos fúngicos e agentes virais no domicílio.

INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL: O “NÓ” DO ENCAMINHAMENTO E A FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO

No SUS, se um médico precisa de um especialista, ele preenche uma guia no sistema (SISREG). No caso das zoonoses, não existe uma guia oficial que conecte o médico do posto ao veterinário da UBS Pet ou do Hospital Universitário. Esta lacuna é evidente na rede de Campos, onde, apesar da excelência do Hospital Veterinário da UENF, o fluxo de contrarreferência para as Unidades Básicas de Saúde humana ainda é informal, baseando-se muitas vezes na iniciativa do próprio tutor em informar sua condição de saúde.

O PRONTUÁRIO ÚNICO E A ATUAÇÃO DA EQUIPE EMULTI

Com a instituição das equipes eMulti (Portaria GM/MS nº 635/2023), o médico-veterinário passa a ter um papel institucional na Atenção Básica. Em Campos, a integração entre o CCZ e as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) permitiria que o “mapa de risco” zoonótico fosse atualizado em tempo real, utilizando a capilaridade dos agentes de endemias em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Ao cruzar esses dados, o médico da família, ao atender um tutor com sintomas dermatológicos ou respiratórios, teria acesso imediato ao “mapa de risco” do domicílio, permitindo um diagnóstico diferencial muito mais assertivo (Santos *et al.*, 2025).

Com a instituição das equipes eMulti (Portaria GM/MS nº 635/2023), o médico-veterinário passa a ter um papel institucional na Atenção Básica. A discussão aqui é que este profissional deve ser o “curador” dos dados animais no Prontuário Único. Ele funcionaria como o elo de ligação:

- ✓ Recebe o alerta da UBS Humana sobre um tutor infectado.
- ✓ Realiza a interconsulta ou visita domiciliar focada no animal sentinela.
- ✓ Estabelece o fluxo de contrarreferência com o Hospital Veterinário Universitário ou UBS Pet, garantindo que o ciclo de tratamento do animal seja concluído para proteger a família (Souza, 2025).

Para mitigar a fragmentação assistencial, propõe-se o fluxo estabelecido no Apêndice A, operacionalizado pela Guia apresentada no Apêndice B.

IMPLICAÇÕES ÉTICAS E ECONÔMICAS

A discussão deve ressaltar que o investimento em um prontuário integrado e na assistência veterinária preventiva reduz o Custo-SUS. Tratar a esporotricose de um gato é significativamente mais barato do que tratar as complicações de uma infecção fúngica sistêmica em um tutor idoso ou imunossuprimido. No contexto de Campos dos Goytacazes, a otimização dos recursos municipais passa pela descentralização do atendimento básico animal, evitando que casos simples sobrecarreguem o Hospital da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF) e que o tratamento humano tardio gere gastos com internações de longa permanência no Hospital Ferreira Machado ou Hospital Álvaro Alvim. Além disso, o prontuário fortalece o vínculo de confiança entre a equipe de saúde e o tutor, que se sente mais acolhido ao ter seu pet reconhecido como parte da família.

CONCLUSÃO

A investigação sobre a correlação entre a saúde dos pets, seus tutores e a rede de assistência do SUS demonstra que a Saúde Única não é mais apenas um conceito teórico, mas uma necessidade operacional urgente na Atenção Básica. O estudo evidenciou que feridas e patologias animais, especialmente as de padrão descamativo e ulcerativo, atuam como sentinelas críticas. Quando ignoradas pelo sistema de saúde humana, essas lesões evoluem para ciclos de reinfecção intrafamiliar que sobrecarregam o setor público e aumentam o sofrimento de famílias vulneráveis.

Conclui-se que o “nó” do encaminhamento assistencial pode ser desatado através de três pilares fundamentais: a integração de dados, por meio da implementação do Prontuário Único da Família Multiespécie; o fortalecimento das eMulti, garantindo que a presença do médico-veterinário na Atenção Primária medie o diálogo com os serviços de assistência (CCZ e UENF); e a educação em saúde para o manejo seguro de feridas domiciliares. Em última análise, cuidar da saúde animal em Campos dos

Goytacazes é uma estratégia de eficiência econômica e responsabilidade social, tratando o bem-estar do pet como indissociável da integridade da saúde humana.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. V. **Vulnerabilidade socioeconômica e a persistência de zoonoses urbanas**. Revista Brasileira de Saúde Única, v. 8, n. 2, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/reigae.v8i2.1120>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Brasília: MS, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-485012560>.

FIOCRUZ. **Esporotricose: avanço da epidemia e novos desafios da Saúde Única**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2023. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/esporotricose-saude-unica>.

GARCIA, J. L.; LIMA, T. A. O papel da assistência veterinária universitária no controle de zoonoses sentinelas. **Brazilian Journal of Veterinary Research**, v. 43, p. e2023045, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-5150-pvb-7050>.

GOMES, G. P.; SANTOS, C. F. **Manual de Manejo de Feridas em Famílias Multiespécie**. São Paulo: Editora Acadêmica, 2025.

MARTINS, L. F. Interface entre a Atenção Básica e os Centros de Controle de Zoonoses: gargalos e soluções. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 89, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004512>.

SANTOS, A. M. et al. O impacto do Prontuário Único da Família Multiespécie na vigilância epidemiológica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 49, p. e12, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.12>.

SOUZA, M. R. Antissepsia comparada: Clorexidina vs Álcool em feridas de animais domésticos. **Journal of Clinical Nursing and Health**, v. 15, n. 3, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP) Annual Report 2024**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/one-health-2024>.

APÊNDICE A – Fluxograma de Referência e Contrarreferência em Saúde Única

ETAPA	AGENTE RESPONSÁVEL	AÇÃO TÉCNICA / PROCEDIMENTO
1. Identificação	ACS / Equipe de Enfermagem	Detecção de lesão sentinela no animal ou tutor durante visita domiciliar ou triagem na UBS.
2. Avaliação	Médico da Família / eMulti	Consulta clínica do tutor e acionamento do médico-veterinário da eMulti para avaliação do pet.
3. Notificação	Médico-Veterinário (eMulti)	Classificação da lesão (Ulcerativa/Descamativa) e preenchimento da Guia GESU.
4. Referência	Tutor / Serviço Especializado	Encaminhamento do animal ao CCZ-Campos (Vigilância) ou HV-UENF (Diagnóstico e Tratamento).
5. Contrarreferência	Veterinário Especialista	Emissão de laudo diagnóstico e plano terapêutico para a UBS de origem.
6. Monitoramento	Equipe eMulti / ACS	Registro no Prontuário Único e acompanhamento da barreira sanitária domiciliar até a alta.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

APÊNDICE B – Modelo de Guia de Encaminhamento de Saúde Única (GESU)

CAMPO DE REGISTRO	INFORMAÇÕES REQUERIDAS
1. Origem	Unidade de Saúde: _____ Profissional: _____
2. Dados do Tutor	Nome: _____ CNS (SUS): _____ Telefone: _____

3. Dados do Animal	Nome: _____ Espécie: () Cão () Gato Idade: _____ Sexo: () M () F
4. Padrão Lesional	() Ulcerativo (Esporotricose) () Descamativo (Leishmaniose) () Traumático
5. Destino	() CCZ Campos () Hospital Veterinário UENF () Outro: _____
6. Observações	Vulnerabilidade Social: () Sim () Não. Outros animais no domicílio? () Sim () Não
7. Autenticação	Data: / /2026 Assinatura/Carimbo:

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

SEGURANÇA MEDICAMENTOSA NA SENESCÊNCIA: DIRETRIZES PARA O MANEJO TERAPÊUTICO E MITIGAÇÃO DE RISCOS NA POLIFARMACOLOGIA

Maximiliano do Espírito Santo Pessanha. Especialista em Dermatologia Enfermeiro. Coordenador da UBS da Localidade de Mutum. E-mail: max.pessanha@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-2766-5878>.

Natalie dos Santos Poppolino. Especialista em Auditoria em Enfermagem – Faceminas. Especialista em Enfermagem do Trabalho – Faceminas. Faculdade Libano. E-mail: npoppolino@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-1804-8527>.

Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita. Médica UNIG. Universidade Iguaçu *campus* Itaperuna. E-mail: rafac.amaral01@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0803-5660>

Amara Neuza dos Santos Amaral. Especialista em Enfermagem em Saúde Pública com ênfase em PSF. UNIVERSO. Especialista em CME e Centro Cirúrgico - FAVENI. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeira do Centro de Material e Esterilização do Hospital Geral de Guarus. E-mail: amaransamaral@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0833-2549>.

DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-10

RESUMO: Introdução: A segurança do paciente no âmbito ambulatorial foca na prevenção de danos em cenários de alta complexidade clínica. O uso de cinco ou mais fármacos simultâneos representa um risco crítico para erros de medicação, quedas e hospitalizações evitáveis, especialmente em indivíduos com síndrome da fragilidade. Objetivo: Desenvolver e implementar um fluxo interdisciplinar voltado ao manejo da farmacoterapia e à reconciliação medicamentosa, visando a redução de danos e o fortalecimento da autonomia funcional. Metodologia: Proposta de intervenção tecnológica fundamentada em revisão integrativa da literatura (Melo et al., 2025; Santos, 2025). A estratégia estrutura-se na criação de um Procedimento Operacional Padrão (POP) que estabelece barreiras de segurança sucessivas: detecção de riscos domiciliares por Agentes Comunitários, reconciliação clínica pelo enfermeiro e desprescrição assistida pelo médico. Resultados e Discussão: A análise aponta que a fragmentação do cuidado é a principal causa de eventos adversos. A implementação do protocolo permite interceptar *near misses* e interromper a cascata iatrogênica. A abordagem assistencial, focada no monitoramento domiciliar e na análise do perfil do cuidador, reduz a complexidade terapêutica. Considerações Finais: O manejo assistencial padronizado constitui uma tecnologia leve de alto impacto no SUS, capaz de otimizar recursos financeiros e consolidar uma cultura de segurança robusta na Estratégia Saúde da Família, sendo imperativa a execução de sua etapa prática de aplicação territorial.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Polifarmácia; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como um desafio que transcende os limites físicos das unidades de saúde, projetando-se diretamente para o ambiente doméstico, onde a autogestão do cuidado é mediada por fatores sociais, cognitivos e culturais. No envelhecimento, essa complexidade é acentuada pela Síndrome da Fragilidade, uma condição multidimensional caracterizada pela redução da reserva fisiológica e da resistência a estressores. Conforme discutido por Melo, Silva e Doerner (2025), a fragilidade não deve ser encarada como um desfecho inevitável, mas como um estado de vulnerabilidade reversível, muitas vezes precipitado ou agravado pela polifarmácia inadequada.

O fenômeno da Cascata Iatrogênica representa um dos riscos mais críticos nesse cenário. Ele ocorre quando o efeito colateral de um medicamento é erroneamente interpretado como uma nova patologia, gerando uma nova prescrição que, por sua vez, aumenta o risco de novas interações e toxicidades. Em idosos fragilizados, o uso de cinco ou mais fármacos simultâneos, a polifarmácia, atua como um gatilho para o declínio funcional, manifestando-se por quedas, confusão mental e perda da autonomia. A literatura contemporânea indica que a iatrogenia medicamentosa é um dos principais preditores para a institucionalização e hospitalização evitável, revelando que a fragmentação do cuidado entre múltiplos especialistas (os denominados “silos de cuidado”) favorece a ocorrência de eventos adversos graves.

Diante dessa vulnerabilidade, a abordagem da equipe de Saúde da Família precisa migrar de um modelo puramente administrativo para uma postura proativa de vigilância clínica e gestão de riscos domiciliares. A justificativa para a padronização de condutas reside na necessidade de integrar a rede de suporte familiar à gestão clínica da equipe, garantindo que o monitoramento externo seja capaz de detectar precocemente as reações adversas e os erros de administração.

Frente ao cenário exposto, este capítulo tem como objetivo apresentar o desenvolvimento e a proposta de implementação de um protocolo interdisciplinar de segurança do paciente, focado no manejo da polifarmácia e na reconciliação medicamentosa na APS. Busca-se, através desta tecnologia leve, mitigar a ocorrência de

iatrogenias, qualificar a adesão terapêutica e, fundamentalmente, fortalecer a autonomia funcional de idosos fragilizados no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo constitui-se como uma proposta de intervenção tecnológica, do tipo protocolo de cuidado assistencial, desenvolvida sob a perspectiva da gestão clínica e segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS). A metodologia foi estruturada para transpor as evidências teóricas para a operacionalização no território, utilizando o Modelo do Queijo Suíço de James Reason como referencial de segurança sistêmica, onde cada etapa do cuidado funciona como uma barreira contra o erro.

A construção do protocolo foi dividida em três fases complementares e interdependentes:

FASE 1: REVISÃO TÉCNICA E EMBASAMENTO TEÓRICO

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura nas bases LILACS, SciELO e BDENF, utilizando o recorte temporal de 2020 a 2026. O foco incidiu sobre o impacto da polifarmácia na Síndrome da Fragilidade e as diretrizes globais da Organização Mundial da Saúde (OMS), especificamente o desafio “*Medicamentos Sem Danos*”. Nesta etapa, identificou-se que a fragmentação do cuidado e a baixa literacia em saúde dos cuidadores são os principais “furos” nas barreiras de segurança domiciliar (Melo *et al.*, 2025).

FASE 2: DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO “GATILHOS DE ALERTA”

Fundamentado na premissa de Santos (2025) sobre a urgência de ferramentas de triagem ágil para o Agente Comunitário de Saúde (ACS), elaborou-se o Apêndice A. Este instrumento foi estruturado para atuar na detecção precoce de sinais indiretos de iatrogenia, configurando-se como uma proposta tecnológica pendente de validação clínica em campo. Diferente de uma anamnese clínica convencional, os 'Gatilhos'

priorizam eventos sentinela passíveis de observação direta no cotidiano domiciliar — tais como a desorganização dos estoques de fármacos, o registro de quedas recentes e flutuações súbitas no comportamento ou no nível de alerta do idoso. Assim, a ferramenta busca converter a observação qualificada do ACS em um indicador clínico crítico, antecipando intervenções e prevenindo o agravamento de danos.

FASE 3: ESTRUTURAÇÃO DO FLUXO DE INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR

A fase final consistiu no desenho do itinerário do paciente dentro da equipe de Saúde da Família, estabelecendo três níveis de proteção:

Nível de Vigilância (ACS): Aplicação do instrumento de gatilhos e comunicação oportuna.

Nível de Sistematização (Enfermeiro): Realização da Consulta de Enfermagem utilizando a “Estratégia da Sacola” para a reconciliação medicamentosa e avaliação da rede de apoio.

Nível de Gestão Clínica e Desprescrição (Médico): O médico atua como o elo decisório final na segurança do paciente. Com base nos achados reportados pelo ACS e na reconciliação feita pelo enfermeiro, o médico realiza a análise crítica da prescrição sob a ótica da Síndrome da Fragilidade. O papel médico é central na aplicação dos Critérios de Beers ou STOPP/START, identificando medicamentos potencialmente inapropriados. A intervenção médica foca na desprescrição assistida (redução ou suspensão de fármacos sem benefício clínico ou com risco elevado), na interrupção da cascata iatrogênica e no ajuste de doses conforme o *clearance* renal e a reserva fisiológica do idoso.

Matriciamento e Decisão Compartilhada: O fluxo culmina na discussão de casos em reuniões de microárea, onde a equipe interdisciplinar avalia o impacto das alterações terapêuticas na autonomia funcional e na rede de apoio social do idoso, consolidando a gestão clínica do território.

Considerando que a aplicação deste protocolo ocorre predominantemente no ambiente doméstico, a metodologia incorpora as diretrizes da Bioética de Proteção. A

coleta de informações sobre o arsenal terapêutico do idoso e a aplicação dos 'Gatilhos de Alerta' pelo ACS e Enfermeiro pautam-se no respeito à inviolabilidade do lar e na obtenção do consentimento livre e esclarecido, mesmo que verbal, em cada visita. Garante-se que a intervenção tecnológica não assume um caráter invasivo ou fiscalizatório, mas sim de parceria assistencial, em estrita observância à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) no manejo das informações sensíveis sobre o cotidiano e a intimidade da família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das evidências e a estruturação do protocolo revelam que a segurança do paciente idoso na Atenção Primária à Saúde (APS) é um fenômeno dependente da integração entre o saber técnico e a realidade sociocultural do território. Os resultados aqui discutidos não se limitam à proposição de um novo formulário, mas buscam redesenhar o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), transformando a vigilância domiciliar em uma barreira ativa contra a iatrogenia.

A discussão foi organizada em eixos temáticos que percorrem desde a detecção precoce no domicílio até a tomada de decisão clínica compartilhada. Esta abordagem fundamenta-se na premissa de que a polifarmácia, quando não monitorada, atua como um determinante de fragilização, exigindo que a equipe de saúde utilize tecnologias leves para resgatar a autonomia funcional do idoso. A seguir, detalham-se os impactos esperados e as estratégias operacionais que compõem este fluxo de segurança.

IMPACTO NA SEGURANÇA E A “ESTRATÉGIA DA SACOLA”

Espera-se que a implementação do protocolo e do instrumento de monitoramento resulte em uma redução significativa dos erros de medicação no domicílio. Segundo Santos (2025), a utilização de materiais estruturados para avaliação domiciliar eleva a qualidade da adesão e previne a descompensação clínica.

Neste contexto, a intervenção do enfermeiro através da “Estratégia da Sacola” torna-se o diferencial diagnóstico. Ao solicitar que o idoso reúna todos os fármacos, chás e suplementos em uso, o profissional consegue confrontar a prescrição oficial com

a realidade da “farmácia caseira”. Essa técnica permite identificar near misses (quase erros), como a duplicidade terapêutica e o uso de medicamentos vencidos, interceptando a iatrogenia antes que ela se transforme em um evento adverso grave, como quedas ou hospitalizações.

O PERFIL DO CUIDADOR E A DIMENSÃO ÉTICA NO DOMICÍLIO

A análise destaca que a eficácia do regime terapêutico está intrinsecamente ligada ao perfil de quem supervisiona o cuidado. Identifica-se um cenário de vulnerabilidade quando há ausência de um cuidador principal fixo ou baixo nível de literacia em saúde. A fragmentação do cuidado entre múltiplos familiares é um fator crítico para a ocorrência da “cascata iatrogênica”.

Contudo, a intervenção no domicílio exige uma sólida base ética. Ao investigar a rede de apoio e os estoques de medicamentos, a equipe deve pautar-se na Bioética de Proteção, respeitando a soberania do lar e a autonomia do idoso. A identificação de dificuldades do cuidador (conforme proposto nos Gatilhos de Alerta) não deve gerar culpabilização, mas sim uma rede de suporte. A ética da alteridade garante que a segurança do paciente não seja imposta de forma invasiva, mas negociada através do diálogo e do respeito às escolhas e valores culturais da família.

PREVENÇÃO DA SÍNDROME DA FRAGILIDADE E O PAPEL DECISÓRIO DO MÉDICO

A discussão, amparada em Melo *et al.* (2025), reforça que a polifarmácia inadequada é um dos principais preditores do declínio funcional. A detecção ativa de sintomas como sonolência excessiva e tontura permite que a equipe realize a desprescrição assistida.

Aqui, o papel do médico é fundamental para a segurança sistêmica. Através da aplicação de critérios técnicos (como os Critérios de Beers), o profissional médico realiza a revisão crítica da carga farmacológica, coordenando os ajustes necessários entre os diferentes especialistas que assistem o idoso. Essa gestão clínica coordenada é

essencial para interromper o ciclo de fragilização, garantindo que o paciente mantenha sua autonomia funcional e independência nas atividades diárias dentro do território.

FORTALECIMENTO DA GESTÃO CLÍNICA NO SUS

Os resultados projetados apontam para uma otimização dos recursos da Atenção Primária. Ao evitar desperdícios de medicamentos e reduzir a demanda por atendimentos de urgência decorrentes de intoxicações ou quedas, o protocolo demonstra-se uma tecnologia leve de alto impacto financeiro e social. Observa-se que a integração entre a vigilância do ACS, a sistematização do enfermeiro e a intervenção técnica do médico consolida uma cultura de segurança robusta na Estratégia Saúde da Família, elevando o padrão de qualidade da assistência geriátrica no SUS.

O PERFIL E O PAPEL DO CUIDADOR NA SEGURANÇA FARMACOLÓGICA

A análise dos resultados projeta que a eficácia do manejo terapêutico está intrinsecamente ligada à competência e ao bem-estar de quem supervisiona o cuidado. Identifica-se que o cuidador atua como o executor final da prescrição médica no território; portanto, sua literacia em saúde (capacidade de compreender e aplicar informações de saúde) é um determinante crítico de segurança.

Vulnerabilidade e Fragmentação: O protocolo identifica cenários de alto risco quando há a ausência de um cuidador principal fixo. A rotatividade de familiares na administração das doses favorece a ocorrência da “cascata iatrogênica” por omissão ou duplicidade, uma vez que a comunicação entre os membros da família costuma ser informal e fragmentada.

Literacia e Barreiras Cognitivas: Idosos cuidados por indivíduos com baixa escolaridade ou com declínio cognitivo próprio (fenômeno comum em casais de idosos que cuidam um do outro) exigem que o enfermeiro e o médico utilizem tecnologias assistivas, como tabelas de cores, alarmes e organizadores de comprimidos, para reduzir a carga cognitiva do cuidador.

A Sobrecarga como Gatilho de Erro: Conforme proposto no **Apêndice A**, o monitoramento do ACS deve focar no nível de exaustão do cuidador. O estresse do cuidador (*caregiver burden*) está diretamente associado ao aumento de erros de medicação e à negligência não intencional.

Dessa forma, o papel do enfermeiro na consulta de *follow-up* deve transcender o exame físico do idoso, incluindo a avaliação do binômio idoso-cuidador. Ao instrumentalizar o cuidador com o conhecimento sobre os “Gatilhos de Alerta”, a equipe de Saúde da Família transforma um elo vulnerável em um aliado estratégico da vigilância farmacológica, garantindo que a autonomia funcional do idoso seja preservada através de uma rede de suporte sólida e informada.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste protocolo evidencia que a segurança do paciente idoso na Atenção Primária requer ferramentas que conectem o conhecimento técnico à realidade do território. A construção do instrumento de “Gatilhos de Alerta” e a fundamentação teórica estabelecida nas primeiras fases do estudo comprovam que a iatrogenia e o declínio funcional são riscos evitáveis, desde que haja uma vigilância sistemática.

No entanto, conclui-se que a eficácia desta tecnologia leve depende intrinsecamente da ativação da Etapa 3, que compreende a implementação do fluxo interdisciplinar. É imperativo que o roteiro de intervenção saia do plano teórico para a prática cotidiana das equipes de Saúde da Família, garantindo que a comunicação entre o Agente Comunitário de Saúde, o Enfermeiro e o Médico ocorram de forma fluida. Somente através da aplicação rigorosa deste fluxo será possível mitigar a fragmentação do cuidado, capacitar o cuidador e, fundamentalmente, preservar a autonomia funcional e a dignidade do idoso fragilizado no contexto do SUS. Dessa forma, o protocolo deixa de ser um instrumento de controle para tornar-se uma ferramenta de justiça social e equidade na assistência à saúde da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 2. ed. Brasília, DF: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>. Acesso em: 16 dez. 2025.
- ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. (Selo Sueli Carneiro).
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS). Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s. l.], v. 71, n. 7, p. 2052-2081, 2023. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.18372>. Acesso em: 10 jan. 2026.
- BRASIL. [Estatuto da Criança e do Adolescente (1990)]. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 10 jan. 2026.
- BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, [2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 10 jan. 2026.
- FERNANDES, M. N.; LARA, A. M. B. A promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente: disputas, ideologias e consensos nas Casas Legislativas. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGDir./UFRGS**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 279-303, 2025. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/ppgdir/article/view/146896>. Acesso em: 12 jan. 2026.
- MELO, A. B.; SILVA, J. R.; DOERNER, M. L. Polifarmácia e Síndrome da Fragilidade: o papel da enfermagem na preservação da autonomia funcional do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 78, n. 1, p. e4552, 2025. Disponível em: <http://www.scielo.br/reben>. Acesso em: 12 jan. 2026.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Medicamentos sem danos: Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente**. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>. Acesso em: 14 jan. 2026.
- REASON, J. **Managing the Risks of Organizational Accidents**. Aldershot: Ashgate, 1997.
- SANTOS, R. M. **Sistematização da Atenção Domiciliar: ferramentas para o monitoramento da adesão terapêutica na Atenção Primária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2025. (Série Saúde Coletiva). Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/editora>. Acesso em: 14 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274605>. Acesso em: 14 jan. 2026.

APÊNDICE A - Instrumento de Vigilância Domiciliar: Gatilhos de Alerta

Objetivo: Identificar precocemente sinais de risco iatrogênico e vulnerabilidade clínica no domicílio de idosos em regime de polifarmácia.

Gatilho de Risco (Sinal/Sintoma)	Avaliação	Observações / Detalhamento
1. Quedas e Equilíbrio: O paciente sofreu quedas ou sentiu tonturas/fraqueza ao levantar-se nos últimos 30 dias?	☐ Sim ☐ Não	
2. Gestão do estoque: Existe acumulação de caixas de remédios vencidos, “sobras” de tratamentos antigos ou desorganização no local de armazenamento?	☐ Sim ☐ Não	
3. Estado Cognitivo: O paciente apresenta esquecimentos novos, desorientação ou troca o nome/dosagem dos medicamentos?	☐ Sim ☐ Não	
4. Automedicação e Suplementos: O paciente utiliza chás, xaropes, vitaminas ou remédios por conta própria (sem receita médica)?	☐ Sim ☐ Não	
5. Literacia e Barreiras: O paciente ou o seu cuidador têm dificuldade em ler a receita, identificar as cores das caixas ou abrir os frascos?	☐ Sim ☐ Não	
6. Nível de Alerta: O paciente apresenta sonolência excessiva durante o dia, apatia ou lentidão fora do seu habitual?	☐ Sim ☐ Não	
7. Sinais Cutâneos: Apresenta manchas roxas (hematomas) sem causa aparente, feridas de difícil cicatrização ou prurido (comichão) pelo corpo?	☐ Sim ☐ Não	
8. Rede de Apoio (Perfil do Cuidador): Existe um cuidador fixo responsável? O cuidador demonstra cansaço extremo ou dificuldade em conciliar as doses?	☐ Sim ☐ Não	
Observações significativas a serem relatadas pelo Profissional na Visita domiciliar		

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base nos critérios de segurança do paciente da OMS (2017) e na Sistematização da Atenção Domiciliar (SANTOS, 2025).

Data: / /

Assinatura e carimbo do profissional

EFETIVIDADE DAS MEDIDAS PREVENTIVAS NA REDUÇÃO DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Wallace Santos. Bacharel em Enfermagem. Pós-graduado em Enfermagem do Trabalho e Centro Cirúrgico e CME. Coordenador de Centro Cirúrgico e Enfermeiro do SAMU. E-mail: wwsantoss@gmail.com

Shirley Rangel Gomes. Mestre em Enfermagem Profissional Assistencial - UFF. Enfermeira - UFF. Doutoranda em Saúde Coletiva - Integralize. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Geral de Guarus Fundação de Apoio à Escola Técnica - ETEJBM RJ. E-mail: gomeshira@gmail.com. Orcid <https://orcid.org/0000-0002-5727-0285>.

DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-11

RESUMO: A infecção do sítio cirúrgico é uma complicação pós-operatória que contribui para a morbidade, mortalidade e aumento dos custos de saúde. Objetivo: avaliar as causas, risco e estratégias preventivas das infecções do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Metodologia: revisão integrativa da literatura. Resultados e discussão: As principais causas das infecções do sítio cirúrgico são a contaminação durante o procedimento, a condição clínica preexistente do paciente e a inadequação na administração de profilaxia antimicrobiana. Considerações finais: a implementação de medidas preventivas rigorosas e a monitoração contínua podem reduzir significativamente a incidência preventivas das infecções do sítio cirúrgico. A colaboração interdisciplinar e a conscientização sobre a importância da prevenção são fundamentais para melhorar os desfechos dos pacientes cirúrgicos.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção do Sítio Cirúrgico; Risco; Prevenção; Profilaxia antimicrobiana; Controle de infecção.

INTRODUÇÃO

A infecção do sítio cirúrgico (ISC) é uma complicação que pode ocorrer após procedimentos cirúrgicos, impactando negativamente a recuperação dos enfermos e aumentando os custos hospitalares (De Souza; De Fátima Pereira, 2022). Segundo Costa, Santa-Cruz e Ferraz (2021), a ISC é um dos tipos mais comuns de infecção hospitalar e pode resultar em prolongamento da internação, aumento da morbidade e mortalidade, além de elevar significativamente os custos associados ao tratamento.

A ISC é definida como a infecção que ocorre até 30 dias após a cirurgia ou até um ano em caso de implantes, sendo considerada uma das principais causas de morbidade e mortalidade em ambiente hospitalar (De Souza; Serrano, 2020). Esses

números destacam a importância de medidas preventivas e de controle, que são fundamentais para a segurança do paciente e a eficiência dos serviços de saúde.

A segurança do paciente cirúrgico é um aspecto crítico na prática clínica, envolvendo uma série de medidas destinadas a minimizar os riscos e garantir a qualidade dos cuidados prestados. A ISC representa uma ameaça significativa à segurança do paciente, pois pode levar a complicações graves, incluindo sepse e falência de órgãos (Costa; Santa-Cruz; Ferraz, 2021). A implementação de protocolos preventivos rigorosos é essencial para proteger os pacientes e melhorar os desfechos cirúrgicos.

Diversos fatores de risco estão associados ao desenvolvimento de ISC, incluindo características do paciente, como idade avançada e comorbidades, além de fatores relacionados ao procedimento cirúrgico, como a duração e a complexidade da cirurgia (De Souza; De Fátima Pereira, 2022). Pacientes com doenças crônicas, como diabetes e obesidade, apresentam maior risco de desenvolver ISC devido à menor capacidade de cicatrização e resposta imune comprometida. Além disso, cirurgias de longa duração e aquelas que envolvem tecidos altamente vascularizados são mais propensas a complicações infecciosas (De Souza; De Fátima Pereira, 2022).

A descontaminação ambiental é um fator preventivo fundamental de ISC. A presença de micro-organismos patogênicos no ambiente cirúrgico, combinada com práticas inadequadas de higienização das mãos e esterilização de instrumentos, pode aumentar significativamente o risco de ISC (Da Silva Pires *et al.*, 2021). A manutenção de um ambiente cirúrgico estéril e a implementação de medidas rigorosas de controle de infecção são fundamentais para minimizar esses riscos.

Entre os micro-organismos frequentemente encontrados no sítio cirúrgico, destacam-se *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterococcus spp.* (Costa; Santa-Cruz; Ferraz, 2021). Esses patógenos podem ser introduzidos no sítio cirúrgico através de fontes externas, como a pele do paciente ou as mãos dos profissionais de saúde, ou através de contaminação ambiental. A identificação e o controle desses micro-organismos são essenciais para prevenir de ISC.

Diante do exposto, este estudo objetiva avaliar as causas, risco e estratégias preventivas das infecções do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Para a realização deste estudo foi conduzida uma busca sistemática nas bases de dados eletrônicas, incluindo PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram considerados artigos publicados entre 2020 e 2024, em idiomas inglês, português e espanhol. Os critérios de inclusão envolveram estudos que abordassem as causas, fatores de risco, estratégias de prevenção e tratamento das ISC, com enfoque em pacientes adultos submetidos a procedimentos cirúrgicos de diferentes especialidades. Excluíram-se estudos de caso, artigos de opinião e revisões não sistemáticas.

A estratégia de busca utilizou combinações de palavras-chave como “infecção de sítio cirúrgico”, “fatores de risco”, “prevenção”, “profilaxia antimicrobiana” e “controle de infecção”. Após a coleta inicial, os títulos e resumos dos artigos foram triados para verificar a relevância com o tema proposto.

A análise dos dados foi feita de forma qualitativa, agrupando as informações em categorias temáticas que incluíam causas das ISC, fatores de risco associados, estratégias de prevenção adotadas e eficácia das intervenções propostas. A síntese das evidências permitiu identificar padrões e lacunas no conhecimento atual, bem como sugerir recomendações para a prática clínica e futuras pesquisas na área.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC): CAUSAS E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS

As ISC são classificadas em três categorias principais: infecções superficiais de incisão, infecções profundas de incisão e infecções de órgãos/espacos. As infecções superficiais de incisão envolvem apenas a pele e os tecidos subcutâneos, enquanto as infecções profundas de incisão envolvem tecidos mais profundos, como músculos e fáscias. As infecções de órgãos/espacos ocorrem em qualquer parte do corpo aberta ou manipulada durante o procedimento cirúrgico.

A prevalência de ISC varia amplamente entre diferentes tipos de cirurgia e instituições de saúde, mas elas são reconhecidas como uma das infecções mais comuns em ambientes hospitalares. Estudos mostram que aproximadamente 2-5% dos pacientes cirúrgicos desenvolvem ISC, mas essa taxa pode ser maior em hospitais universitários, como o de Londrina, devido à complexidade dos casos tratados e à formação de profissionais em treinamento (De Souza; Serrano, 2020).

O impacto das ISC é multifacetado e significativo. Em termos de saúde pública, essas infecções não apenas prolongam o tempo de internação dos pacientes, mas também aumentam a morbidade e a mortalidade associadas a procedimentos cirúrgicos. Pacientes com ISC frequentemente necessitam de intervenções adicionais, como reintervenções cirúrgicas, uso prolongado de antibióticos e cuidados intensivos, o que pode levar a complicações graves, incluindo sepse e falência de órgãos (Calegari *et al.*, 2023). Além disso, as ISC têm um impacto econômico substancial, elevando os custos hospitalares devido ao tratamento prolongado e às complicações associadas.

Os micro-organismos patogênicos são os principais causadores das infecções do sítio cirúrgico (ISC). Identificar e controlar esses micro-organismos é essencial para a prevenção eficaz das ISC. Entre os patógenos mais frequentemente associados a essas infecções estão *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterococcus spp.* (Costa; Santa-Cruz; Ferraz, 2021). Esses micro-organismos podem ser introduzidos no sítio cirúrgico através de várias fontes, incluindo a pele do paciente, os equipamentos cirúrgicos contaminados e o ambiente do bloco cirúrgico.

O *Staphylococcus aureus*, particularmente a cepa resistente à meticilina (MRSA), é um dos principais agentes causadores de ISCs. Este micro-organismo é comum na pele e nas narinas dos seres humanos, tornando-se uma fonte fácil de contaminação durante procedimentos cirúrgicos. *Escherichia coli*, geralmente encontrada no trato gastrointestinal, pode contaminar o sítio cirúrgico durante procedimentos envolvendo o abdômen ou o sistema urogenital. *Pseudomonas aeruginosa*, conhecida por sua resistência a vários antibióticos, é frequentemente encontrada em ambientes hospitalares, incluindo lavatórios e superfícies úmidas, sendo uma causa significativa de ISCs, especialmente em pacientes imunocomprometidos. *Enterococcus spp.*, incluindo cepas resistentes à vancomicina (VRE), também são patógenos importantes, frequentemente

encontrados em infecções do trato urinário e feridas cirúrgicas (Costa; Santa-Cruz; Ferraz, 2021).

A presença desses micro-organismos no ambiente cirúrgico pode ser atribuída a práticas inadequadas de limpeza e desinfecção. Dos Santos *et al.* (2020) investigaram o perfil bacteriano das superfícies e equipamentos no bloco cirúrgico de um hospital universitário e encontraram uma alta prevalência de *Staphylococcus aureus* e *Escherichia coli*. Esses achados indicam falhas nas práticas de limpeza e esterilização, que são essenciais para prevenir a contaminação cruzada durante procedimentos cirúrgicos. A contaminação ambiental pode ocorrer através de várias vias, incluindo a transferência direta de micro-organismos das mãos dos profissionais de saúde para os pacientes, a utilização de equipamentos inadequadamente esterilizados e a presença de micro-organismos no ar e nas superfícies do ambiente cirúrgico.

ESTRATÉGIAS ADOTADAS PARA PREVENÇÃO DE ISC

A prevenção da ocorrência da ISC envolve uma série de medidas, que vão desde a preparação pré-operatória até os cuidados pós-operatórios. Entre essas medidas, destacam-se a profilaxia antibiótica, a assepsia rigorosa e a educação contínua dos profissionais de saúde sobre as melhores práticas de controle de infecção (Costa; Santa-Cruz; Ferraz, 2021).

A profilaxia antibiótica, administrada de forma adequada e no momento correto, tem se mostrado eficaz na redução da incidência de ISC, especialmente em cirurgias de alto risco.

Com relação ao controle ambiental, Da Silva Pires *et al.* (2021) descreveram que a esterilização adequada de instrumentos cirúrgicos e a manutenção de um ambiente estéril durante o procedimento são essenciais para prevenir a contaminação.

A identificação precisa dos micro-organismos presentes no ambiente cirúrgico é fundamental para a implementação de medidas preventivas eficazes. Gomes *et al.* (2022) destacam que a análise microbiológica das superfícies e equipamentos cirúrgicos permite identificar os agentes etiológicos responsáveis pelas ISC, facilitando a adoção de práticas específicas de controle de infecção. Isso inclui a implementação de

protocolos rigorosos de higienização, a esterilização adequada de instrumentos cirúrgicos e a utilização de técnicas de barreira, como o uso de aventais e luvas estéreis.

A higienização e a esterilização adequadas são pilares fundamentais na prevenção dessas infecções. Essas práticas visam eliminar ou reduzir significativamente a carga microbiana presente nas mãos dos profissionais de saúde, nos instrumentos cirúrgicos e no ambiente do bloco cirúrgico, prevenindo a contaminação e subsequente infecção dos pacientes (Lima *et al.*, 2022).

A higienização das mãos é uma das medidas mais importantes e eficazes na prevenção de ISC. Os profissionais de saúde devem lavar as mãos com água e sabão ou usar soluções alcoólicas antes e após qualquer contato com o paciente ou com superfícies e equipamentos no ambiente cirúrgico. Estudos demonstram que a adesão rigorosa à higienização das mãos pode reduzir drasticamente a incidência de infecções hospitalares, incluindo as ISC (Lima *et al.*, 2022). A educação contínua e campanhas de conscientização são essenciais para promover a adesão às práticas de higienização das mãos entre os profissionais de saúde.

A esterilização de instrumentos cirúrgicos é outra prática crítica na prevenção de ISC. Todos os instrumentos utilizados em procedimentos cirúrgicos devem ser esterilizados adequadamente para eliminar qualquer forma de vida microbiana. Métodos comuns de esterilização incluem o uso de autoclaves (vapor sob pressão), esterilização a gás (óxido de etileno), peróxido de hidrogênio e radiação ultravioleta. A eficácia desses métodos depende do cumprimento rigoroso dos protocolos de esterilização, incluindo a limpeza prévia dos instrumentos para remover resíduos orgânicos e a verificação regular dos equipamentos de esterilização (Reis; Silva; Dos Santos, 2024).

A implementação de técnicas de barreira é fundamental para manter um ambiente cirúrgico estéril. Isso inclui o uso de aventais, luvas, máscaras e campos cirúrgicos estéreis durante os procedimentos. Essas barreiras físicas ajudam a prevenir a transferência de micro-organismos das mãos e roupas dos profissionais de saúde para o paciente (De Souza; Serrano, 2020).

O papel da enfermagem é fundamental no controle da ISC, visto que os enfermeiros são responsáveis por uma série de cuidados que incluem a preparação do paciente para a cirurgia, a manutenção da assepsia durante o procedimento e os

cuidados com a ferida cirúrgica no pós-operatório (De Souza; De Fátima Pereira, 2022). Na fase pré-operatória, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na avaliação do estado geral do paciente, identificando fatores de risco e implementando medidas para mitigá-los. Durante a cirurgia, a equipe de enfermagem auxilia na manutenção de um campo estéril e na monitorização contínua das condições do paciente (Da Silva Pires *et al.*, 2021).

No pós-operatório, os cuidados com a ferida cirúrgica são essenciais para prevenir a ISC. Da Silva Pires *et al.* (2021) destacam que a limpeza adequada da ferida, o uso de curativos estéreis e a observação de sinais de infecção são práticas fundamentais que os enfermeiros devem seguir rigorosamente. Além disso, a orientação aos pacientes e seus familiares sobre os cuidados domiciliares com a ferida cirúrgica é uma parte integral do controle de ISC. Informar os pacientes sobre a importância da higiene, a detecção precoce de sinais de infecção e a adesão às orientações médicas pode reduzir significativamente as complicações pós-operatórias.

INTERVENÇÕES PROPOSTAS MAIS EFICAZES PARA PREVENÇÃO DE ISC

Além das medidas técnicas descritas anteriormente, a educação contínua dos profissionais de saúde sobre as melhores práticas de controle de infecção é vital. De Souza e Serrano (2020) enfatizam que a formação e capacitação constantes dos enfermeiros e demais membros da equipe de saúde são indispensáveis para garantir a adesão aos protocolos preventivos de ISC. Programas de treinamento e atualização profissional ajudam a disseminar conhecimentos atualizados e promovem a aplicação prática das diretrizes preventivas.

A atuação da enfermagem em medidas preventivas envolve ainda a educação dos pacientes e suas famílias sobre os cuidados necessários para evitar infecções. A comunicação eficaz entre enfermeiros e pacientes é fundamental para garantir que as instruções sejam compreendidas e seguidas corretamente. Além disso, a empatia e o apoio emocional fornecidos pelos enfermeiros podem ajudar a aliviar a ansiedade dos pacientes em relação à cirurgia e ao processo de recuperação (Da Silva Pires *et al.*, 2021).

Além disso, a vigilância contínua e a monitorização microbiológica do ambiente cirúrgico são fundamentais para detectar e responder rapidamente a surtos de infecção.

A monitorização contínua das práticas de controle de infecção e a avaliação da sua eficácia são cruciais para garantir a segurança do paciente. Reis, Silva e Dos Santos (2024) enfatizam a importância da vigilância ativa, que inclui a coleta e análise de dados sobre infecções, a realização de auditorias regulares das práticas de higienização e esterilização, e a implementação de medidas corretivas quando necessário. A vigilância ativa permite identificar rapidamente qualquer falha nos protocolos de controle de infecção e tomar medidas imediatas para corrigir esses problemas.

A educação e a capacitação contínua dos profissionais de saúde são igualmente importantes para assegurar a adesão às práticas de controle de infecção. Dos Santos, Da Cruz Almeida e Da Silva (2024) realizaram uma revisão integrativa sobre métodos de prevenção de ISC e concluíram que a educação contínua e a atualização das práticas clínicas com base em evidências científicas são essenciais para reduzir a incidência dessas infecções. Programas de treinamento devem ser implementados regularmente para garantir que todos os membros da equipe de saúde estejam familiarizados com os protocolos de controle de infecção e saibam como aplicá-los corretamente.

De Souza e De Fátima Pereira (2022) destacam a importância da assistência da enfermagem na prevenção das ISC, enfatizando que a preparação adequada do paciente e a manutenção de um ambiente cirúrgico estéril são fundamentais para reduzir os riscos de infecção. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na implementação e monitorização das práticas de controle de infecção, bem como na educação dos pacientes sobre os cuidados pós-operatórios necessários para prevenir infecções.

Portanto, a higienização e a esterilização adequadas, combinadas com a educação contínua dos profissionais de saúde e a vigilância ativa das práticas de controle de infecção, são essenciais para prevenir as ISCs. A colaboração entre equipes multidisciplinares é fundamental para desenvolver e manter um ambiente cirúrgico seguro e estéril. A pesquisa contínua e a atualização das práticas de controle de infecção com base em evidências científicas são necessárias para enfrentar os desafios emergentes e melhorar a segurança dos pacientes cirúrgicos. (Lima *et al.*, 2022).

Desafios na prevenção da ISC incluem a adesão às boas práticas de higiene, barreiras estruturais e organizacionais, e a atualização constante às novas evidências científicas. Muitos hospitais enfrentam dificuldades em garantir que todos os membros da equipe de saúde sigam consistentemente os protocolos preventivos de infecção. As barreiras estruturais, como a falta de recursos adequados e a alta rotatividade de pessoal, também podem comprometer a eficácia das medidas preventivas (De Souza; Serrano, 2020).

A colaboração entre equipes multidisciplinares, incluindo médicos, enfermeiros, microbiologistas e especialistas em controle de infecção, é fundamental para desenvolver e manter um ambiente cirúrgico seguro e estéril. A pesquisa contínua e a atualização das práticas de controle de infecção com base em evidências científicas são necessárias para enfrentar os desafios emergentes e melhorar a segurança dos pacientes cirúrgicos (Lima *et al.*, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infecção de sítio cirúrgico (ISC) continua a ser uma complicação relevante e desafiadora no contexto hospitalar, afetando negativamente a recuperação dos enfermos e gerando custos adicionais significativos para os hospitais. Este estudo de revisão de literatura identificou que as principais causas de ISC estão associadas à contaminação durante o procedimento cirúrgico, condições clínicas preexistentes dos pacientes e falhas na administração de profilaxia antimicrobiana. Além disso, agravantes como idade avançada, diabetes mellitus, obesidade e tabagismo foram frequentemente citados na literatura.

As estratégias preventivas, incluindo a adesão rigorosa às normas de higiene e esterilização, uso adequado de antibióticos profiláticos e educação contínua das equipes de saúde, mostraram-se eficazes na redução da incidência de ISC. No entanto, a implementação dessas medidas requer um esforço interdisciplinar e a conscientização de todos os profissionais envolvidos no cuidado cirúrgico.

Considera-se que a redução das ISC depende de uma colaboração multidisciplinar que inclui desde a preparação pré-operatória adequada até o acompanhamento pós-operatório vigilante. A colaboração entre cirurgiões, enfermeiros,

farmacêuticos e outros envolvidos é essencial para a prevenção eficaz das ISC. Futuras pesquisas devem focar em intervenções inovadoras e na otimização das práticas atuais para continuar proporcionando melhores resultados aos pacientes. A disseminação das melhores práticas e o treinamento contínuo são fundamentais para alcançar uma melhoria sustentada na prevenção das ISC.

REFERÊNCIAS

- CALEGARI, I. B. et al. Métodos para vigilância de infecção do sítio cirúrgico pós-alta: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE019631, 2023.
- COSTA, A. C. da; SANTA-CRUZ, F.; FERRAZ, Á. A. B. O que há de novo em infecção do sítio cirúrgico e antibioticoprofilaxia em cirurgia?. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 33, p. e1558, 2021.
- DA SILVA PIRES, P. J. et al. Enfermagem na Redução das Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC). **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. e575101523616-e575101523616, 2021.
- DE SOUZA, K. V.; SERRANO, S. Q. Saberes dos enfermeiros sobre prevenção de infecção do sítio cirúrgico. **Revista SOBECC**, v. 25, n. 1, p. 11-16, 2020.
- DE SOUZA, V. C.; DE FÁTIMA PEREIRA, E. A assistência da enfermagem na prevenção de infecção de sítio cirúrgico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e182111436249-e182111436249, 2022.
- DOS SANTOS, A. B. et al. Perfil bacteriano das superfícies e equipamentos do Bloco Cirúrgico de um Hospital Universitário. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 32, n. 1, p. 101-107, 2020.
- DOS SANTOS, G. B.; DA CRUZ ALMEIDA, T. H. R.; DA SILVA, M. R. Métodos para a prevenção da infecção de sítio cirúrgico: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 5, p. e6013545783-e6013545783, 2024.
- GOMES, J. L. B. et al. Agentes etiológicos de infecções na unidade de cuidados intermediários neonatais de um Hospital-Escola Etiological agents of infections in the neonatal intermediate care unit of a Teaching Hospital. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 2, p. 5695-5698, 2022.
- LIMA, V. C. C. et al. A Importância do Controle das Infecções Hospitalares para Minimizar a Resistência Bacteriana. **Epitaya E-books**, v. 1, n. 20, p. 66-99, 2022.
- REIS, I. C. S.; SILVA, A. L. S.; DOS SANTOS, D. G. Atuação do enfermeiro em controle, segurança e rastreabilidade de infecções no centro cirúrgico. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 4, p. 1492-1513, 2024.

SAÚDE MENTAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: DESAFIOS PARA A EQUIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Sueli Rangel Gomes. Especialista em Saúde Mental e Dependência Química pela Faculdades Integradas de Patos. Especialista em MBA em Saúde Pública com ênfase em Geriatria e Gerontologia pela UVA. Fundação de Apoio às Escolas Técnicas - FAETEC. E-mail: sueli.gomes@prof.etejbm.factec.rj.gov.br

Shirley Rangel Gomes. Mestre em Enfermagem Profissional Assistencial - UFF. Enfermeira - UFF. Doutoranda em Saúde Coletiva - Integralize. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Geral de Guarus Fundação de Apoio à Escola Técnica - ETEJBM RJ. E-mail: gomeshira@gmail.com. Orcid <https://orcid.org/0000-0002-5727-0285>.

Marcus Andre Gonzaga Custódio. Enfermeiro Uniredentor. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Geral de Guarus. E-mail: marcusandre74@hotmail.com.

Lúcia Regina Vieira Bruno. Especialista em Cuidados intensivos adultos e idosos-UFF. Especialista em Psiquiatria e Psicopatologia-Fac Redentor. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeira do Centro de Material e Esterilização do Hospital Geral de Guarus. E-mail: lrvb2025@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0984-3053>.

DOI-individual: 10.47538/AC-2026.25-12

RESUMO: Este estudo analisa o acesso à assistência em saúde mental no município de Campos dos Goytacazes, RJ, sob a ótica da equidade e das diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A fundamentação teórica contextualiza a transição do modelo manicomial para o cuidado territorial, pautada na Lei nº 10.216/2001 e nos desafios contemporâneos da desinstitucionalização. O objetivo central foi investigar a conformidade da oferta dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) locais em relação às normativas do Ministério da Saúde e às necessidades geográficas do território. A metodologia caracterizou-se como pesquisa descritiva e analítica, integrando levantamento bibliográfico atualizado (2020-2024) e análise de dados do Censo 2022 (IBGE). Os resultados revelam que, embora o município possua unidades de alta complexidade (CAPS III e AD III), persiste um déficit quantitativo e uma severa centralização dos serviços no núcleo urbano. A vasta extensão territorial de Campos impõe barreiras geográficas significativas, configurando "vazios assistenciais" em distritos remotos, como Santo Eduardo, o que compromete a equidade para populações rurais. As considerações finais propõem um planejamento estratégico para a expansão da RAPS, reiterando a urgência da descentralização através de polos regionais de CAPS I, ampliação da rede infantojuvenil (CAPSi) e implementação de leitos em hospitais gerais. Conclui-se que a consolidação do modelo de cuidado em liberdade exige superar a lógica centrípeta de assistência, promovendo uma rede capilarizada e acessível que assegure o direito à saúde mental em todo o território municipal.

PALAVRAS-CHAVE: Centros de Atenção Psicossocial; Equidade; Saúde Mental; Planejamento Regionalizado.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, consolidada pela Lei nº 10.216/2001, não se limitou ao fechamento de manicômios; ela inaugurou o conceito de "clínica ampliada". No contexto atual, a saúde mental é entendida como um direito à cidade. Conforme Pitta e Guljor (2021), os desafios contemporâneos da RAPS envolvem resistir a retrocessos nas políticas públicas que tentam priorizar novamente o isolamento em detrimento do cuidado territorial.

A saúde mental, conforme definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), constitui um estado de bem-estar onde o indivíduo exerce suas habilidades, supera o estresse cotidiano e contribui com sua comunidade. No Brasil, essa assistência é fruto de intensos debates iniciados com a intervenção na Clínica Anchieta (Santos/SP) e a revisão legislativa do Projeto de Lei nº 3.657/1989. O marco decisivo ocorreu com a Declaração de Caracas (1990) e a posterior promulgação da Lei nº 10.216/2001, que redirecionou o modelo assistencial e garantiu a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais (INSTITUTO PAULO DELGADO, 2021).

Essa legislação preconiza uma assistência baseada na desospitalização e no fortalecimento da atenção primária, visando substituir a lógica das internações de longa permanência pelo cuidado em serviços territoriais. No entanto, persistem desafios como a necessidade de ampliar a rede de atenção comunitária e a busca por respostas eficazes ao uso prejudicial de substâncias, como o crack, integrando a saúde mental às rotinas diárias dos sujeitos (De Sousa et al., 2023).

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SAÚDE MENTAL

A assistência em saúde mental no SUS é estruturada por financiamento tripartite e ações municipalizadas. A Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas, pactuada em 2011 sob a égide do Decreto nº 7.508/2011, estabelece componentes essenciais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades de Acolhimento (Brasil, 2017).

O sistema fundamenta-se nos princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade. Segundo Alvim (2024), os CAPS consolidam-se como

espaços estratégicos para a efetivação de direitos, retirando o sujeito do isolamento e promovendo sua inserção social. A metodologia desta investigação utilizou bases de dados como BVS e SciELO, analisando a estrutura de Campos dos Goytacazes sob a ótica da Política Nacional de Saúde Mental e do acolhimento na atenção primária (Zakka, 2024).

Com base nessa premissa, objetivou-se investigar a equidade de acesso à assistência nos centros de atenção psicossocial em Campos dos Goytacazes-RJ.

METODOLOGIA

Esta investigação adotou uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva e analítica, estruturada a partir de um delineamento de pesquisa bibliográfica e documental. O percurso metodológico foi dividido em três etapas complementares:

- **Levantamento Bibliográfico e Revisão Integrativa:** Realizou-se uma busca sistemática em bases de dados científicas, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e Google Acadêmico. Os descritores utilizados, em combinação via operadores booleanos, foram: "saúde mental", "atenção básica", "equidade" e "sistema único de saúde". Priorizaram-se publicações do período de 2020 a 2025 para garantir a atualidade teórica frente aos desafios da pós-pandemia e das recentes atualizações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
- **Análise Documental e Normativa:** Foram analisados documentos oficiais do Ministério da Saúde, com destaque para a Portaria de Consolidação nº 3/2017, que estabelece as diretrizes e parâmetros de cobertura da RAPS, confrontando-os com os dados demográficos e geográficos do município de Campos dos Goytacazes.
- **Análise de Dados Demográficos e Territoriais:** Utilizaram-se dados do Censo Demográfico 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o cálculo dos coeficientes de cobertura assistencial. A análise incorporou a dimensão espacial, considerando a extensão territorial de 4.027 km² do município e a distribuição de seus 15 distritos, a fim de identificar vazios assistenciais e barreiras geográficas ao acesso.

A metodologia utilizou a triangulação de dados demográficos atualizados do IBGE (2024) com a análise documental das portarias do Ministério da Saúde, permitindo confrontar a oferta real de serviços com os parâmetros técnicos de cobertura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é estabelecida conforme o porte demográfico dos municípios e a complexidade de suas demandas. Sua estrutura organizacional compreende ações de saúde mental na Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos de saúde mental em Hospitais Gerais e Ambulatórios especializados. Adicionalmente, a rede integra o Programa de Volta para Casa, Unidades de Acolhimento (Adulto e Infantojuvenil) e estratégias de desinstitucionalização, visando a substituição progressiva do modelo centrado em Hospitais Psiquiátricos por uma assistência territorial e comunitária.

ATIVIDADES PROPOSTAS PARA OS CAPS E SUAS ESPECIFICIDADES

As atividades desenvolvidas nos CAPS transcendem o modelo clínico tradicional, fundamentando-se na reabilitação psicossocial e na construção de projetos terapêuticos singulares (PTS). Segundo Macedo et al. (2021), o CAPS deve funcionar como um articulador de redes, onde as atividades propostas visam a produção de autonomia e a reinserção social do usuário, combatendo o estigma associado ao sofrimento mental.

No contexto de Campos dos Goytacazes, as especificidades das atividades devem responder à complexidade das demandas locais, organizando-se em:

- **Atendimento Individual e Grupal:** Inclui escuta qualificada, orientação medicamentosa e psicoterapia. O foco atual, conforme apontado por Quinderé et al. (2023), recai sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), que têm ganhado espaço nos CAPS como ferramentas de cuidado humanizado e redução de danos.

- **Oficinas Terapêuticas e Geradoras de Renda:** Estas atividades não são meros passatempos, mas espaços de subjetivação e cidadania. Em municípios polo, como Campos, tais oficinas devem integrar-se à cultura local, promovendo a inclusão produtiva.

- **Atividades Comunitárias e Territoriais:** O cuidado em liberdade exige que a equipe do CAPS transite pelo território. Isso inclui visitas domiciliares, ações em escolas e articulação com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Rodrigues et al. (2023) destacam que o uso de ferramentas de autogerenciamento, como o Wellness Recovery Action Plan (WRAP), potencializa o papel do usuário como protagonista de seu tratamento nessas atividades territoriais.

- **Atenção às Urgências e Acolhimento Noturno (CAPS III e AD III):** Especificamente para as unidades 24 horas existentes no município, a atividade de acolhimento noturno é um dispositivo estratégico para evitar hospitalizações desnecessárias em hospitais psiquiátricos, oferecendo suporte intensivo em momentos de crise (PITTA; GULJOR, 2021).

- **Assembleias e Gestão Autônoma da Medicação (GAM):** São espaços de participação política onde usuários e familiares discutem o funcionamento do serviço, fortalecendo o controle social e a equidade no acesso às informações sobre o próprio tratamento.

Dessa forma, as atividades propostas nos CAPS de Campos dos Goytacazes devem ser dinâmicas, superando a lógica da "permanência no serviço" para uma lógica de "circulação na cidade", enfrentando as barreiras geográficas dos distritos através de ações itinerantes e matriciamento.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ

Considerando que a população residente em Campos dos Goytacazes é de 483.540 habitantes, de acordo com o IBGE (2024), e levando em conta o fluxo de municípios vizinhos que utilizam a cidade como polo regional de saúde, ratifica-se a obrigatoriedade da oferta de uma rede completa de assistência. Conforme as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o município deve garantir o funcionamento

das modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantojuvenil) e CAPS AD (Álcool e Outras Drogas), assegurando o suporte especializado conforme detalhado no Quadro I.

Quadro I: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Atualizado 2024/2025

Tipo de CAPS	Descritivo dos Serviços	População Alvo	Recomendação MS (Base: 483.540 hab.)	Ofertados em Campos (Dados 2024/2025)
CAPS I	Cidades entre 20k e 70k hab. (Descentralização regional).	Adultos com transtornos severos.	7 unidades (~7 unidades)	3 unidades (CAPS Dr. João Castelo Branco e unidades distritais regionais).
CAPS II	Cidades entre 70k e 200k hab. Turno diurno.	Adultos com transtornos severos.	3 unidades (~2,5 unidades)	1 unidade (CAPS II Guarus).
CAPS III	Cidades acima de 200k hab. Funcionamento 24h.	Adultos em crise acentuada.	3 unidades (~2,5 unidades)	1 unidade (CAPS III Dr. Luiz da Costa Prata Gaetani).
CAPSi	Cidades acima de 150k hab.	Crianças e adolescentes.	3 unidades (~2,5 unidades)	1 unidade (CAPSi Galpão).
CAPS AD	Cidades acima de 70k hab. (Foco em dependência).	Usuários de álcool e outras drogas.	5 unidades (~ 5 unidades)	2 unidades (CAPS AD III e CAPS AD II/Infantil).

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base nos parâmetros da Portaria de Consolidação nº 3/2017 (Brasil) e na rede assistencial declarada pelo município (2024).

ANÁLISE CRÍTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) LOCAL

A análise comparativa entre os parâmetros normativos do Ministério da Saúde e a oferta real de serviços em Campos dos Goytacazes revela um cenário de desafios estruturais persistentes. Embora o município tenha avançado na complexidade do atendimento com a implementação de unidades de funcionamento 24 horas, como o CAPS AD III e o CAPS III, a cobertura quantitativa permanece aquém do ideal para uma população de 483.540 habitantes (IBGE, 2022).

Este déficit é agravado pela particularidade geográfica do município. Conforme mencionado anteriormente, a vasta extensão territorial de Campos e sua divisão em quinze distritos impõem barreiras de acesso que o cálculo meramente populacional não abrange. A concentração da maioria dos serviços na região central e em Guarus (Sede)

dificulta a adesão ao tratamento para residentes de distritos periféricos e rurais, como Santo Eduardo e Santa Maria de Campos, evidenciando que a descentralização através de mais unidades CAPS I seria essencial para a equidade da rede.

Além disso, observa-se um gargalo crítico na saúde mental infantojuvenil. A existência de apenas uma unidade de CAPSi para todo o território municipal contrasta com as recomendações de cobertura para cidades de grande porte, sobrecarregando o serviço e limitando o acolhimento precoce. Portanto, a política de saúde mental em Campos dos Goytacazes enfrenta o desafio de equilibrar sua importância política e histórica com a necessidade urgente de expansão da RAPS, garantindo que o cuidado em liberdade seja acessível a todos os cidadãos, independentemente de sua localização geográfica.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é estabelecida conforme o porte demográfico dos municípios. Em Campos dos Goytacazes, considerando a população de 483.540 habitantes (IBGE, 2023), a oferta de serviços deve contemplar todas as modalidades de CAPS. Contudo, a análise do cenário atual revela que a cobertura quantitativa permanece aquém do ideal normativo, especialmente em um território com vasta extensão geográfica que dificulta a equidade de acesso.

A presença de Comunidades Terapêuticas na região Norte Fluminense também compõe este cenário complexo de assistência, exigindo uma fiscalização rigorosa para que não retrocedam ao modelo manicomial (Prudencio et al., 2022). No que tange à reabilitação, estratégias como o uso de tecnologias de cuidado e planos de ação para recuperação, como o Wellness Recovery Action Plan (WRAP), surgem como possibilidades de inovação no contexto brasileiro (Rodrigues et al., 2023).

A GEOGRAFIA DO CUIDADO EM CAMPOS DOS GOYTACAZES: DISTÂNCIAS E DISPARIDADES

A análise da assistência em saúde mental em Campos dos Goytacazes não pode prescindir de uma leitura minuciosa de sua geografia. Com uma extensão territorial de aproximadamente 4.027 km², o município figura como o maior do estado do Rio de Janeiro em área (IBGE, 2024), apresentando uma configuração distrital complexa que desafia o princípio da equidade no SUS.

Enquanto a infraestrutura da RAPS, incluindo as unidades de alta complexidade como o CAPS III e o CAPS AD III, concentra-se predominantemente no núcleo urbano (Sede e Guarus), os residentes de distritos setentrionais, como Santo Eduardo e Santa Maria de Campos, enfrentam distâncias que superam os 80 quilômetros para acessar o cuidado especializado. Essa centralização geográfica impõe barreiras que transcendem o deslocamento físico, configurando-se como um fator de exclusão terapêutica para populações rurais e periféricas.

Essa "geografia do vazio" assistencial nos distritos mais remotos tensiona a proposta de cuidado territorial da Reforma Psiquiátrica. Quando o suporte especializado está a horas de distância, a tendência é que o usuário recorra à rede apenas em situações de crise aguda, sobrecarregando as urgências hospitalares e negligenciando o acompanhamento longitudinal preventivo.

Segundo Almeida et al. (2022), a equidade em saúde mental só é plenamente atingida quando o serviço é capaz de se desterritorializar, ou seja, quando as equipes conseguem transpor os limites físicos da unidade de saúde. Em Campos, isso exige que o sistema de saúde não apenas planeje novas unidades físicas, mas fortaleça urgentemente o matriciamento e as equipes itinerantes, garantindo que o direito ao cuidado não seja condicionado à localização geográfica do cidadão.

Dessa forma, a distância entre a sede e as extremidades do município revela que a cobertura populacional, embora relevante para o Ministério da Saúde, é um indicador insuficiente se não for acompanhado da acessibilidade geográfica. A inclusão de distritos como Santo Eduardo no mapa da RAPS exige uma logística de transporte sanitário eficiente e, primordialmente, a descentralização de serviços de menor complexidade, como o CAPS I, para polos regionais internos. Somente assim será possível superar o modelo "centrípeto" de assistência e consolidar uma rede verdadeiramente capilarizada, capaz de acolher o sofrimento mental onde a vida acontece: no território.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: SUPERANDO LACUNAS ASSISTENCIAIS E TERRITORIAIS

A análise do cenário atual em face às necessidades populacionais e geográficas permite projetar uma "Rede Ideal" para Campos dos Goytacazes. Para que a equidade de acesso deixe de ser um preceito teórico e se torne realidade, o planejamento municipal deve prever a expansão física e funcional da RAPS. Esta expansão não visa apenas o cumprimento de metas burocráticas, mas a criação de uma malha de proteção que alcance o cidadão em seu contexto local, reduzindo a sobrecarga das unidades centrais e mitigando as barreiras de deslocamento.

O Quadro II detalha as necessidades identificadas para completar a rede, propondo a descentralização como eixo norteador:

Quadro II: Projeção de Necessidades para Expansão da RAPS em Campos (2025-2030)

Tipo de CAPS	Déficit Identificado	Proposta de Expansão e Localização	Justificativa Assistencial
CAPS I	04 Unidades	Implantação de Polos Regionais (Ex: Região Norte/Santo Eduardo e Região da Baixada).	Descentralização do cuidado para áreas rurais e distritos remotos, reduzindo o absenteísmo.
CAPS II	02 Unidades	Criação de uma unidade na região da margem esquerda (Guarus) e outra na área central.	Ampliação do suporte para adultos com transtornos graves que não necessitam de permanência 24h.
CAPS III	01 Unidade	Implantação de uma nova unidade 24h com foco em crise e acolhimento noturno.	Desafogar o fluxo hospitalar e garantir suporte intensivo em pontos estratégicos da cidade.
CAPSi	02 Unidades	Criação de polos especializados para infância e adolescência em Guarus e na Baixada.	Atendimento à crescente demanda de transtornos do neurodesenvolvimento e sofrimento psíquico juvenil.
CAPS AD	03 Unidades	Expansão para modalidades AD III (24h) e integração com Unidades de Acolhimento (UA).	Enfrentamento do uso prejudicial de substâncias com foco em Redução de Danos e suporte noturno.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base nos parâmetros técnicos da Portaria de Consolidação nº 3/2017 (Brasil) e dados de território e população do IBGE (2024).

A elaboração deste planejamento estratégico (Quadro II) fundamenta-se na aplicação dos coeficientes de cobertura recomendados pelo Ministério da Saúde sobre a realidade demográfica atualizada de Campos dos Goytacazes. Mais do que um exercício matemático, a projeção reflete a necessidade de superar o modelo centrípeto de assistência. Segundo Campos (2022), o planejamento regionalizado no SUS é a única via para mitigar as iniquidades de acesso, garantindo que a expansão da rede não seja apenas quantitativa, mas qualitativamente distribuída para alcançar as populações historicamente invisibilizadas pelo isolamento geográfico.

A implementação desta rede expandida deve ser acompanhada pelo fortalecimento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e pela institucionalização de leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Mental. Como apontado por Rodrigues et al. (2023), a eficácia de um CAPS está intrinsecamente ligada à sua capacidade de resposta rápida no território; portanto, as novas unidades devem ser pensadas como centros de articulação comunitária, e não apenas como ambulatorios de especialidade.

Essa reestruturação exige um investimento tripartite robusto e uma gestão focada na Educação Permanente dos profissionais, garantindo que a expansão quantitativa seja acompanhada de uma qualificação qualitativa do cuidado, pautada na humanização e no respeito aos direitos humanos (Alvim, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões empreendidas neste estudo evidenciam que a assistência em saúde mental em Campos dos Goytacazes atravessa um momento de transição crítica. Se, por um lado, o município consolidou serviços de referência 24 horas, por outro, a análise espacial revela que a universalidade e a equidade do acesso ainda são metas distantes para os residentes dos distritos periféricos e rurais. A "geografia do cuidado" local demonstra que a distância física atua como um determinante de exclusão, limitando o acompanhamento longitudinal e restringindo o suporte especializado aos momentos de crise aguda.

A ampliação da RAPS, conforme proposta no planejamento estratégico deste estudo, não deve ser compreendida apenas como uma expansão física, mas como uma

reafirmação ética dos princípios da Reforma Psiquiátrica. É imperativo que a Atenção Básica seja fortalecida como porta de entrada e que o matriciamento se torne uma prática institucionalizada, permitindo que o saber especializado dos CAPS circule pelo território. Além disso, a carência de unidades infantojuvenis e a necessidade de leitos em hospitais gerais representam gargalos que exigem prioridade na gestão pública para evitar retrocessos asilares.

Em suma, as propostas de assistência devem avançar para um modelo de rede viva e descentralizada. A superação do déficit assistencial identificado requer investimento tripartite robusto e uma formação permanente dos profissionais focada na humanização e na autonomia do sujeito. Garantir a equidade na RAPS de Campos dos Goytacazes não é apenas uma meta de gestão, é o cumprimento do pacto ético da Reforma Psiquiátrica: o de que ninguém deve ser privado do cuidado por causa do lugar onde vive.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. S. et al. **Desigualdades regionais e o acesso aos serviços de saúde mental no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 1515-1526, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05442021>

ALVIM, Herilene Borges Costa. **Centros de atenção psicossocial (CAPS): um espaço de luta por efetivação dos direitos às pessoas com transtornos mentais**. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2024. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes de resposta do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc00030310_2017.html

CAMPOS, G. W. S. **O SUS e a Saúde Mental: a necessidade de um planejamento regionalizado**. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, n. 10, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004123>

DE SOUSA, José Roberto Azevedo et al. **Saúde mental em meio às rotinas diárias**. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 9, n. 8, p. 2050-2055, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/reigap.v9i8.1098>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama de Campos dos Goytacazes: População, Território e Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama> . Acesso em: 16 dez. 2025.

INSTITUTO PAULO DELGADO. **Lei 10.216/2001: 20 anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Brasília, 2021. Disponível em: <http://www.paulodelgado.com.br>

MACEDO, J. P. et al. **A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 41, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003242455>

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos de incertezas: resistência e invisibilidade**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 1181-1189, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.43572020>

PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo et al. **As comunidades terapêuticas no Norte Fluminense do Estado do Rio de Janeiro**. In: XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Rio de Janeiro: ABEPSS, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/enpess>

QUINDERÉ, P. H. D. et al. **Práticas de cuidado em saúde mental: entre o modelo biomédico e a atenção psicossocial**. Revista Internacional de Apoio à Saúde, v. 6, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/reigap.v6i1>

RODRIGUES, Carlos Alexandre da Silva et al. **Análise do processo de adaptação cultural do WRAP (Wellness Recovery Action Plan) ao contexto brasileiro**. Revista Saúde em Debate, v. 47, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313615>

ZAKKA, Sarah Ysys Leal. **Acolhimento de enfermagem em saúde mental na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura**. 2024. Monografia (Especialização) – Faculdade de Enfermagem, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/>

POSFÁCIO

“Promoção da Saúde e Qualidade de Vida: Abordagens Contemporâneas” apresenta ao leitor um percurso plural, marcado por temas que atravessam diferentes fases da vida, contextos assistenciais e desafios profissionais. Da atenção à saúde da adolescente neurodivergente ao cuidado neonatal, da saúde mental à segurança medicamentosa na senescência, da saúde bucal gestacional ao manejo de feridas em famílias multiespécie, a obra reafirma que a integralidade do cuidado se constrói na articulação entre ciência, escuta e responsabilidade social.

Mais do que reunir estudos e reflexões, este livro convida profissionais, estudantes, pesquisadores e gestores a repensarem suas práticas diante das demandas contemporâneas do cuidado. Em cada capítulo, percebe-se a defesa de uma assistência mais inclusiva, humanizada e interdisciplinar, capaz de dialogar com as singularidades de cada pessoa e com as desigualdades que ainda atravessam o acesso à saúde.

Que este livro possa inspirar novas pesquisas, fortalecer práticas profissionais e estimular a construção de políticas e ações cada vez mais comprometidas com a equidade, a dignidade e a qualidade de vida. Ao final destas páginas, permanece a certeza de que promover saúde é, acima de tudo, reconhecer a vida em sua diversidade, complexidade e potência.

Arthur Borges Martins de Souza

ORGANIZADORES

Shirley Rangel Gomes. Mestre em Enfermagem Profissional Assistencial - UFF. Enfermeira - UFF. Doutoranda em Saúde Coletiva - Integralize. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Geral de Guarus. Fundação de Apoio à Escola Técnica - ETEJBM RJ. E-mail: gomeshira@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5727-0285>.

Ângela Carlos do Amaral. Especialista em Dermatologia e Estética - UGF. Especialização em Podiatria Clínica - UERJ. Capacitação Pedagógica - FGV. Fundação Municipal de Saúde Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Ferreira Machado e Hospital São José. E-mail: aca_1964@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0982-5169>.

Thiago Aliprandi Lima. Enfermeiro Especialista em Podiatria clínica - UERJ. Fundação Municipal de Saúde Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital São José. E-mail: thiagoaliprandi@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-5903-7647>.

Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita. Médica - UNIG. Universidade Iguaçu campus Itaperuna. E-mail: rafacamara1@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0803-5660>

AUTORES

Amara Neuza dos Santos Amaral. Especialista em Enfermagem em Saúde Pública com ênfase em PSF - UNIVERSO. Especialista em CME e Centro Cirúrgico - FAVENI. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeira do Centro de Material e Esterilização do Hospital Geral de Guarus. E-mail: amaransamaral@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0833-2549>.

Ângela Carlos do Amaral. Especialista em Dermatologia e Estética - UGF. Especialização em Podiatria Clínica - UERJ. Capacitação Pedagógica - FGV. Fundação Municipal de Saúde Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Ferreira Machado e Hospital São José. E-mail: aca_1964@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0982-5169>.

Catharine Ferreira dos Santos Andrade. Médica Veterinária. Pós-graduada em Cirurgia de Pequenos Animais na Anclivepa-SP. E-mail: catharineandrade@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-7288-8321>.

Christovam Luiz Machado Cardoso. Mestre em Comunicação Social - UFRJ. Especialista em Saúde Ocupacional e Administração Hospitalar - UNAERP. Especialista em EAD pelo SENAC-Rio. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeiro do Centro de Material e Esterilização do Hospital Geral de Guarus. E-mail: christov.cardoso@gmail.com.

Dilmara Peres Barbosa. Cirurgiã Dentista - UFF. Prefeitura Municipal de Iguaba. Secretaria Municipal de Saúde. E-mail: dilmaraperes@hotmail.com.

Flávia Cristina Fechó Guimarães. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeira da Unidade de Pacientes Graves HGG. Fundação de Apoio às Escolas Técnicas (FAETEC). E-mail: flaviafecho2@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-8534-541X>.

Franciane Braga Ribeiro. Especialista MBA em Gestão em Centro de Material e Esterilização. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Geral de Guarus. Coordenadora do Centro de Material e Esterilização do Hospital Geral de Guarus. E-mail: franduda2010@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-1839-4359>.

Giovanna Pereira Gomes. Discente do curso de Medicina Veterinária da Universidade Estácio de Sá (UNESA). E-mail: giovannagomes1601@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-9201-4893>.

Lúcia Regina Vieira Bruno. Especialista em Cuidados intensivos adultos e idosos - UFF. Especialista em Psiquiatria e Psicopatologia - Fac Redentor. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeira do Centro de Material e Esterilização do Hospital Geral de Guarus. E-mail: lrvb2025@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0984-3053>.

Marcus Andre Gonzaga Custódio. Enfermeiro - Uniredentor. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital Geral de Guarus. E-mail: marcusandre74@hotmail.com.

Maria Cristina Mendonça Matos Oliveira. Especialista em Enfermagem em Dermatologia UPM. Prefeitura Municipal de Quissamã. |E-mail: enfermeiracristinaoliveira@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-1973-1980>.

Maximiliano do Espírito Santo Pessanha. Especialista em Dermatologia Enfermeiro. Coordenador da UBS da Localidade de Mutum. Prefeitura Municipal de Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: max.pessanha@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-2766-5878>.

Mônica Gonçalves Reis. Especialista em Pneumologia Sanitária - ENSP/FIOCRUZ. Fundação Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, RJ. Enfermeira emergencista Hospital Geral de Guarus. E-mail: monicareis2000@yahoo.com.

Natalie dos Santos Poppolino. Especialista em Auditoria em Enfermagem – Faceminas. Especialista em Enfermagem do Trabalho – Faceminas. Faculdade Libano. E-mail: npoppolino@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-1804-8527>.

Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita. Médica - UNIG. Universidade Iguaçu campus Itaperuna. E-mail: rafacamaral01@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0803-5660>.

Sueli Rangel Gomes. Especialista em Saúde Mental e Dependência Química pela Faculdades Integradas de Patos. Especialista em MBA em Saúde Pública com ênfase em Geriatria e Gerontologia pela UVA. Fundação de Apoio às Escolas Técnicas - FAETEC. E-mail: sueli.gomes@prof.etejbm.faetec.rj.gov.br

Tércio Abreu da Fonseca. Médico Cirurgião Plástico. Membro Titular da SBCP. Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense- UENF. Chefe do CAEQ (Centro de Atendimento Especializado em Queimadura) no HFM. E-mail: tercirof@me.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-3804-4101>.

Thiago Aliprandi Lima. Enfermeiro Especialista em Podiatria clínica - UERJ. Fundação Municipal de Saúde Campos dos Goytacazes, RJ. Hospital São José. E-mail: thiagoaliprandi@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-5903-7647>.



Em um mundo marcado por rápidas transformações sociais, tecnológicas e culturais, pensar a promoção da saúde e a qualidade de vida exige uma abordagem ampliada, sensível e interdisciplinar.

Esta obra reúne reflexões contemporâneas que ultrapassam os limites do modelo biomédico tradicional, explorando o cuidado em saúde a partir de suas múltiplas dimensões – clínicas, sociais, éticas e humanas.

Ao longo dos capítulos, o leitor é convidado a mergulhar em discussões atuais que envolvem práticas assistenciais, humanização do cuidado, políticas públicas e desafios emergentes no cenário da saúde.

Mais do que informar, este livro propõe provocar um olhar crítico e transformador, contribuindo para a formação de profissionais comprometidos com uma atenção integral, inovadora e centrada na vida.

