SAÚDE

volume I

2024

Conectando Corpo, Mente e Espírito

Organização
Jader Silveira

Editora UNIESMERO

SAÚDE

volume I

2024

Conectando Corpo, Mente e Espírito

Organização
Jader Silveira

Editora UNIESMERO

2024 – Editora Uniesmero

www.uniesmero.com.br

uniesmero@gmail.com

Organizador

Jader Luís da Silveira

Editor Chefe: Jader Luís da Silveira

Editoração e Arte: Resiane Paula da Silveira

Imagens, Arte e Capa: Freepik/Uniesmero

Revisão: Respectivos autores dos artigos

Conselho Editorial

Ma. Tatiany Michelle Gonçalves da Silva, Secretaria de Estado do Distrito Federal, SEE-DF

Me. Elaine Freitas Fernandes, Universidade Estácio de Sá, UNESA

Me. Laurinaldo Félix Nascimento, Universidade Estácio de Sá, UNESA

Ma. Jaciara Pinheiro de Souza, Universidade do Estado da Bahia, UNEB

Dra. Náyra de Oliveira Frederico Pinto, Universidade Federal do Ceará, UFC

Ma. Emile Ivana Fernandes Santos Costa, Universidade do Estado da Bahia, UNEB

Me. Rudvan Cicotti Alves de Jesus, Universidade Federal de Sergipe, UFS

Me. Heder Junior dos Santos, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP

Ma. Dayane Cristina Guarnieri, Universidade Estadual de Londrina, UEL

Me. Dirceu Manoel de Almeida Junior, Universidade de Brasília, UnB

Ma. Cinara Rejane Viana Oliveira, Universidade do Estado da Bahia, UNEB

Esp. Jader Luís da Silveira, Grupo MultiAtual Educacional

Esp. Resiane Paula da Silveira, Secretaria Municipal de Educação de Formiga, SMEF

Sr. Victor Matheus Marinho Dutra, Universidade do Estado do Pará, UEPA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Silveira, Jader Luís da

S587s Saúde: Conectando Corpo, Mente e Espírito - Volume 1 / Jader Luís da Silveira (organizador). – Formiga (MG): Editora Uniesmero, 2024. 94 p. : il.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5492-081-0
DOI: 10.5281/zenodo.13285411

1. Saúde. 2. Corpo. 3. Mente. 4. Espírito. 5. Bem Estar. I. Silveira, Jader Luís da. II. Título.

CDD: 613
CDU: 614

Os artigos, seus conteúdos, textos e contextos que participam da presente obra apresentam responsabilidade de seus autores.

Downloads podem ser feitos com créditos aos autores. São proibidas as modificações e os fins comerciais.

Proibido plágio e todas as formas de cópias.

Editora Uniesmero
CNPJ: 35.335.163/0001-00
Telefone: +55 (37) 99855-6001
www.uniesmero.com.br
uniesmero@gmail.com
Formiga - MG
Catálogo Geral: https://editoras.grupomultiatual.com.br/

Acesse a obra originalmente publicada em:
https://www.uniesmero.com.br/2024/08/saude-conectando-corpo-mente-e-espirito.html

AUTORES

ANNA FRANCESCA COLONELLO PENNACCHI
CAMILA GABRYELLA SOUZA DA SILVA
DENISE CRISTINA FUMIS
ELAYNE IASMIN DOS SANTOS
FRANCISCA CAMILA BEVENUTO
GILIANE ALVES DE CARVALHO
GUILHERME RIBEIRO FERREIRA
JENNYFER CAROLINE REIS VIDEIRA
JOSÉ ELIAS DO NASCIMENTO
JOSÉ RUFINO MACÊDO DE ANDRADE
JÚLIA PORTELA FRANCESCHI
LARA DE BRITO JUNQUEIRA
LIVIA RIBEIRO DE OLIVEIRA
LUANNA BEZERRA DE FREITAS
MARIA CLARA MACARINI SILVA
MARINA PADUAN REMELLI
RÚBIA CARLA RAMIRES MORAIS
SABRINA FERREIRA AKIYAMA
STEFANY DOS SANTOS
VANESSA APARECIDA SANCHES CAMPASSI DE OLIVEIRA

APRESENTAÇÃO

O presente volume da obra *Saúde: Conectando Corpo, Mente e Espírito*, aborda um tema de crescente relevância na contemporaneidade, na interface entre as ciências biológicas, psicológicas e sociais. O conceito de saúde, tradicionalmente restrito a uma perspectiva biomédica, tem evoluído para incorporar uma visão mais holística, que reconhece a interdependência entre os aspectos físicos, mentais e espirituais do ser humano. Este livro se propõe a explorar essa interconexão, oferecendo uma abordagem integrada que se alinha com as mais recentes evidências científicas e práticas clínicas.

Ao longo das últimas décadas, a literatura científica tem demonstrado, de forma consistente, que a saúde não pode ser plenamente compreendida sem considerar as complexas interações entre o corpo, a mente e o espírito. Estudos em neurociência, psicologia, e medicina integrativa têm revelado que fatores como emoções, pensamentos e crenças espirituais desempenham um papel significativo na promoção do bem-estar e na prevenção de doenças. Neste contexto, a presente obra emerge como uma contribuição significativa para o campo, oferecendo uma análise detalhada e fundamentada sobre como essas dimensões se interrelacionam para moldar a saúde global do indivíduo.

Este livro é dirigido a uma ampla gama de leitores, incluindo profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e todos aqueles interessados em uma compreensão mais aprofundada e abrangente da saúde humana. Com uma linguagem acessível, mas mantendo o rigor científico, os autores apresentam uma síntese das principais teorias, pesquisas e práticas que evidenciam a necessidade de uma abordagem integrada para a saúde. Ao fazê-lo, eles não apenas ampliam o horizonte do leitor, mas também oferecem ferramentas práticas para a promoção da saúde em sua totalidade.

A leitura de *Saúde: Conectando Corpo, Mente e Espírito* convida a uma reflexão crítica sobre as práticas de cuidado atuais, incentivando a adoção de estratégias que reconheçam e valorizem a pluralidade de fatores que influenciam a saúde. Espera-se que este livro contribua para o avanço do conhecimento e para a transformação das práticas de saúde, em direção a um modelo mais inclusivo e eficaz, capaz de responder às complexas demandas da sociedade contemporânea.

SUMÁRIO

Capítulo 1
MORTALIDADE POR LESÃO AUTOPROVOCADA INTENCIONALMENTE NO ESTADO DE ALAGOAS: ANÁLISE POR REGIÃO DE SAÚDE **08**
Elayne Iasmin dos Santos; Stefany dos Santos; José Rufino Macêdo de Andrade

Capítulo 2
SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: O PAPEL FUNDAMENTAL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E GESTÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS **26**
Vanessa Aparecida Sanches Campassi de Oliveira; Rúbia Carla Ramires Morais

Capítulo 3
ADESÃO AO TRATAMENTO COM ANTIDIABÉTICOS ORAIS NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA
Jennyfer Caroline Reis Videira; Anna Francesca Colonello Pennacchi; Maria Clara Macarini Silva; Livia Ribeiro de Oliveira; Júlia Portela Franceschi; Lara de Brito Junqueira; Marina Paduan Remelli; Sabrina Ferreira Akiyama; Guilherme Ribeiro Ferreira **45**

Capítulo 4
POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO E FORTALECIMENTO DA RAPS EM NATAL-RN: CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL
Camila Gabryella Souza da Silva; Francisca Camila Bevenuto; Giliane Alves de Carvalho; José Elias do Nascimento; Luanna Bezerra de Freitas **62**

Capítulo 5
O ENFERMEIRO DO TRABALHO COMO AGENTE DE TRANSFORMAÇÃO: CONSTRUINDO UMA CULTURA DE SEGURANÇA E SAÚDE NAS ORGANIZAÇÕES **77**
Vanessa Aparecida Sanches Campassi de Oliveira; Denise Cristina Fumis

AUTORES **91**

Capítulo 1

MORTALIDADE POR LESÃO AUTOPROVOCADA INTENCIONALMENTE NO ESTADO DE ALAGOAS: ANÁLISE POR REGIÃO DE SAÚDE

Elayne Iasmin dos Santos
Stefany dos Santos
José Rufino Macêdo de Andrade

MORTALIDADE POR LESÃO AUTOPROVOCADA INTENCIONALMENTE NO ESTADO DE ALAGOAS: ANÁLISE POR REGIÃO DE SAÚDE

Elayne Iasmin dos Santos

Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade Raimundo Marinho (FRM) - Penedo/AL, elayneiasmim1@gmail.com

Stefany dos Santos

Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade Raimundo Marinho (FRM) - Penedo/AL, stefanysantos_7@hotmail.com

José Rufino Macêdo de Andrade

Enfermeiro, Docente, Orientador do Estudo, Enfermeiro Sanitarista, Servidor público, Especialista em Ensino da Saúde, Especialista em Vigilância em saúde, Especialista em Análise de situação em saúde,

ruyandrade84@gmail.com

RESUMO

Introdução: Mortalidade por Lesão Autoprovocada Intencionalmente (LAI), é um fenômeno global e um problema de saúde pública que vai aumentando estatisticamente de forma significativa. Nesse sentido, é importante a sua compreensão para a prevenção da problemática. Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico de óbitos por LAI no estado de alagoas, com ênfase nas regiões de saúde no período de 2012 a 2021. Metodologia: O estudo realizado é do tipo transversal e retrospectivo de caráter descritivo e exploratório por meio de pesquisas bibliográficas, utilizou-se também o método quantitativo para a exploração dos dados buscando o quantitativo de óbitos por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Os dados foram filtrados para facilitar a análise, conforme as categorias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) de LAI X60-X84. Resultado: Em 2020, houve um pico com 168 óbitos, o maior já registrado nos últimos 10 anos. A prevalência de óbitos foi no sexo masculino (76%) em todas as RS, a taxa é maior na 3º RS. Predomina o

estado civil solteiro em todas as RS, com 58,11% dos casos. A maior taxa de óbitos ocorreu em domicílio (52%), com destaque para a 1ª RS (15%) e a 7ª RS. A idade predominante de óbitos são de 20 a 29 anos (24%), com foco na maioria das RS. A escolaridade predominou de 8 a 11 anos de estudo (12%) com ênfase para a 1ª RS (4%). A raça/cor que se sobressaiu entre as RS foi a parda (92%). O meio mais empregado para consumar o ato, unânime em todas as RS foi o X70 - enforcamento (68%). Discussão: A análise da mortalidade por LAI revela um panorama alarmante e globalmente crescente em termos estatísticos. Considerações finais: Portanto, compreende-se que esse fenômeno complexo e de difícil resolução, precisa ser compreendido de forma humanizada, cabendo estabelecer estratégias de apoio com a implementação e divulgação de políticas públicas.
Palavras-chave: Lesão Autoprovocada Intencionalmente. Mortalidade. Variáveis epidemiológicas

ABSTRACT
Introduction: Mortality from intentional self-harm is a global phenomenon and a public health problem that is increasing statistically significantly. In this sense, it is important to understand it in order to prevent the problem Objective: To characterize the epidemiological profile of LAI deaths in the state of Alagoas, with an emphasis on health regions from 2012 to 2021. Methodology: This is a cross-sectional, retrospective study of a descriptive and exploratory nature using bibliographic research. The quantitative method was also used to explore the data, looking for the number of deaths using the Department of Information Technology of the Unified Health System (DATASUS). The data was filtered to facilitate analysis, according to the International Classification of Diseases (ICD-10) categories of LAI X60-X84. Results: In 2020, there was a peak with 168 deaths, the highest ever recorded in the last 10 years. The prevalence of deaths was male (76%) in all RS, the rate being higher in the 3rd RS. Single marital status predominated in all RS, with 58.11% of cases. The highest death rate occurred at home (52%), especially in the 1st RS (15%) and the 7th RS. The predominant age of death was between 20 and 29 years (24%), with a focus on the majority of RS. Schooling was predominantly between 8 and 11 years (12%), with an emphasis on the 1st RS (4%). The race/color that stood out among the RS was brown (92%). The most common means used to carry out the act was X70 - hanging (68%). Discussion: The analysis of LAI mortality reveals an alarming and globally growing panorama in statistical terms. Final considerations: Therefore, it is understood that this complex and difficult-to-resolve phenomenon needs to be understood in a humanized way, and support strategies need to be established with the implementation and dissemination of public policies.
Keywords: Intentional self-harm, Mortality. Epidemiological variables. Mental health.

INTRODUÇÃO

Lesão autoprovocada intencionalmente (LAI) é definida como a violência que a pessoa inflige a si mesma, podendo ser categorizada como comportamento suicida ou autoagressão e é caracterizada pelo fato de o indivíduo causar lesão a si próprio, podendo ser ou não um ato fatal que leva o indivíduo a óbito (Bahia et al., 2020).

Mortalidade por LAI, é um fenômeno global e um problema de saúde pública que vai aumentando estatisticamente de forma significativa. Dados alarmantes da Organização Mundial da Saúde (OMS-WHO, 2021), estima que mais de 700 mil indivíduos morrem por LAI anualmente, tornando-a a principal causa de morte no mundo, sendo o suicídio responsável por mais mortes do que malária, HIV/AIDS, câncer de mama ou guerra e homicídios, e a segunda principal causa de mortalidade entre jovens com idade de 15 a 29 anos.

O Ministério da Saúde (2020), destaca que o comportamento suicida leva o indivíduo a consumar o ato, motivado na maioria dos casos, pela existência de diversos fatores, dentre eles: uso abusivo de álcool e outras drogas, esquizofrenia, transtornos de ansiedade, depressão, vulnerabilidade financeira e social que agem causando sofrimento psíquico e levando o indivíduo a atos extremos.

De acordo com Marcolan e Silva (2019), o sofrimento é o eixo estrutural central comum a todos esses fatores e impulsiona a decisão do indivíduo de desistir de sua vida como resultado do desenvolvimento contínuo de pensamentos autodestrutivos desencadeados por mudanças em suas atividades diárias.

Assim, a LAI é descrita como um fenômeno complexo que se configura como um processo humano e universal cujas causas não devem ser atribuídas a eventos específicos. “Pode ser entendido como uma liberdade, uma condenação, um pecado, uma possessão demoníaca, um livramento do sofrimento ou da apatia, um silenciar absoluto ou um sono profundo, ou simplesmente a morte” (Iarrocheski e Perrelli, 2020, p.3).

Portanto, para compreendê-lo, é necessário considerar não só a trajetória de vida, mas também sua subjetividade e variáveis relacionadas a contextos históricos, econômicos e culturais. O fenômeno, tem sido estudado há décadas na tentativa de compreender as variáveis, motivações e perspectivas que levam as pessoas a cometerem tal ato. É um assunto emblemático e desafiador para quem busca coletar dados sobre o tema (Teixeira, Souza e Viana, 2018).

A Problemática desse estudo, se refere ao aumento do número de óbitos por LAI mundialmente e principalmente no estado de Alagoas, se tornando um problema de saúde pública e de difícil resolução, pois envolve vários aspectos e variáveis que precisam ser exploradas no meio científico.

Sendo assim, quais as variáveis importantes para a compreensão da problemática e importantes para traçar o perfil epidemiológico de indivíduos que tiraram a própria vida?

Nesse sentido, urge a importância de conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade por LAI, para subsidiar decisões voltadas para a prevenção dessa problemática no estado de alagoas, com a justificativa de contribuir com dados que sirvam de subsídios para outras pesquisas na área da saúde para auxiliar na construção de políticas públicas para o enfrentamento do problema, pois o conhecimento sobre os mecanismos usados para consumar o ato pode contribuir para a prevenção da mortalidade (Sousa et al., 2020).

As variáveis importantes para a compreensão da mortalidade por LAI (ano, sexo, estado civil, faixa etária, cor/raça, escolaridade, local de ocorrência e meio empregado) são de suma importância para o entendimento da problemática, além disso, elas estão relacionadas entre si, trazendo informações relevantes que podem colaborar para a sua prevenção.

Diante da importância da temática, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico de óbitos por LAI no estado de alagoas, com ênfase nas regiões de saúde no período de 2012 a 2021.

METODOLOGIA

O estudo realizado é do tipo transversal e retrospectivo de caráter descritivo e exploratório por meio de pesquisas bibliográficas, não sendo “mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (Marconi; Lakatos, 2003, P.183). Além disso, utilizou-se também o método quantitativo para a exploração dos dados no qual se buscou investigar o quantitativo de óbitos por LAI no estado de alagoas, tendo como foco da análise as regiões de saúde, sendo composta por dez, como mostra a tabela 1. Os dados quantitativos foram coletados de forma secundária, por meio do

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, provenientes do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, cujo acesso é público e gratuito.

Dentro do SIM, os dados foram filtrados para uma melhor compreensão e análise, segundo as categorias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) de LAI, X60-X84 mostrado na tabela 2, considerando as variáveis: ano, sexo, estado civil, local de ocorrência, escolaridade, faixa etária, cor/raça e meio empregado para consumar o ato por Região de Saúde (RS), no período de 2012 a 2021 sendo este último, o ano mais recente disponibilizado durante o estudo.

Os dados foram confeccionados utilizando a planilha eletrônica do Microsoft 365 office Excel (versão 2402), e para uma melhor interpretação eles foram transformados em porcentagem para serem trabalhados e analisados.

A pesquisa foi desenvolvida a partir de dados de acesso público (DATASUS) e, portanto, o estudo não precisou de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), estando em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Pesquisa (CNP) nº 510, de 7 de abril de 2016, artigo 1, inciso III que isenta pesquisas de utilizarem informações de acesso e domínio público em Ciências Humanas e Sociais. Assim, esta pesquisa cumpre às recomendações, sendo garantido o anonimato das pessoas cujos registros foram incluídos nesta análise (Conselho Nacional de Saúde, 2016).

Tabela 1: Municípios de Alagoas divididos por região de saúde

RS	MUNICÍPIOS
1ª RS	Maceió, Barra de São Miguel, barra de Santo Antônio, Pilar, Rio largo, Flexeiras, Marechal Deodoro, Messias, Paripueira, Satuba.
2ª RS	Matriz de Camaragibe, Jacuípe, Maragogi, São luís do Quitunde, Passo de Camaragibe, porto calvo, porto de pedras, Japaratinga.
3ª RS	Joaquim Gomes, Novo Lino, Colônia Leopoldina, Santana do Mundaú, São José da Laje, União dos Palmares, Ibateguara, Jundiá, Branquinha, Murici.
4ª RS	Chá Preta, Capela, Paulo Jacinto, Pindoba, Mar Vermelho, Cajueiro, Atalaia, Viçosa, Quebrangulo.
5ª RS	Roteiro, Anadia, Junqueiro, Teotônio Vilela, são Miguel dos Campos, Boca da Mata, Campo Alegre.
6ª RS	Piaçabuçu, Jequiá da Praia, Feliz Deserto, Porto Real do Colégio, Penedo, Coruripe, São Brás, Igreja Nova.
7ª RS	Feira Grande, Traipu, Major Isidoro, Olho D'agua Grande, Campo Grande, Craíbas, Coite do Noia, Arapiraca, Taquarana, Batalha, São Sebastião, Belo Monte, Limoeiro de Anadia, Girau do Ponciano, Jacaré dos Homens, Lagoa da Canoa.
8ª RS	Belém, Palmeira dos Índios, Cacimbinhas, Estrela de Alagoas, Igaci, Tanque D'arca, Maribondo.

9ª RS	Dois Riachos, Olivença, Ouro Branco, Canapi, Carneiros, São José da Tapera, Senador Rui Palmeira, Poço das Trincheiras, Monteirópolis, Olho D'agua das Flores, Pão de Açúcar, Maravilha, Santana do Ipanema.
10ª RS	Inhapi, Água Branca, Pariconha, Olho D'agua do Casado, Mata Grande, Piranhas, Delmiro Gouveia.

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2021.

Tabela 2: Códigos CID-10

CID-10	MÉTODOS
X60	Autointoxicação por exposição intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos.
X61	Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte.
X62	Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte. Inclui: cannabis (derivados da), cocaína, codeína, heroína, lisérgida [LSD], maconha, mescalina, metadona, morfina, ópio (alcalóides).
X63	Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo.
X64	Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas Inclui: anestésicos, antibióticos sistêmicos e outros medicamentos.
X65	Autointoxicação voluntária por álcool Inclui: álcool: SOE, butílico [1-butanol], etílico [etanol], isopropílico [2-propanol], metílico [metanol], propílico [1-propanol], fusel.
X66	Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores Inclui: benzeno e seus homólogos, clorofluorcarbonos, petróleo (derivados), tetracloreto de carbono.
X67	Autointoxicação intencional por outros gases e vapores Inclui: dióxido de enxofre, gás (de): escapamento de um veículo a motor, iluminação, lacrimogêneo, monóxido de carbono, óxidos de nitrogênio. Exclui: emanações e vapores de metal (X69).
X68	Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas Inclui: desinfetantes por fumigação, fungicidas, herbicidas, inseticidas, produtos usados na proteção de florestas, raticidas. Exclui: adubos e fertilizantes (X69).
X69	Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas. Inclui: adubos e fertilizantes, aromáticos corrosivos, ácidos e álcalis cáusticos, colas e adesivos, metais incluindo suas emanações e vapores, plantas e substâncias alimentares venenosas, sabões e detergentes, tintas e corantes.
X70	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação
X71	Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão
X72	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão.
X73	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre.
X74	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada.
X75	Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos
X76	Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas.

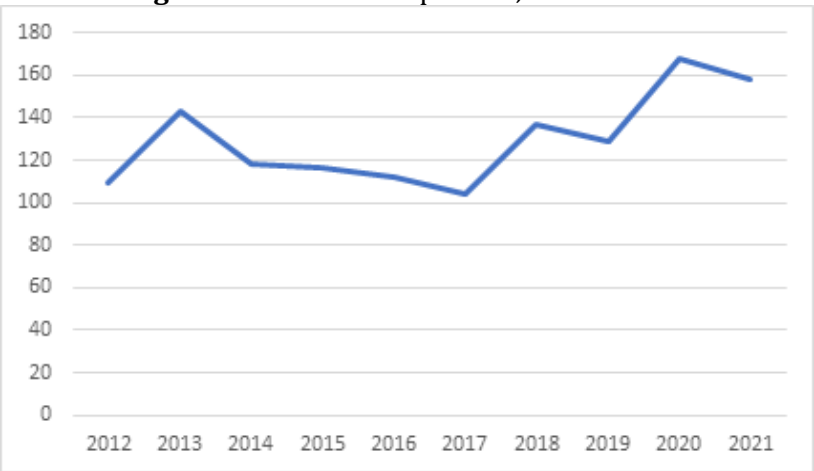
X77	Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes
X78	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante
X79	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente.
X80	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado Inclui: queda intencional de um nível a outro.
X81	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento.
X82	Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor Inclui: colisão intencional com: bonde (carro elétrico), trem (comboio), veículo a motor. Exclui: queda de aeronave (X83).
X83	Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados Inclui: lesão autoprovocada intencionalmente por: eletrocussão, queda de aeronave, substâncias cáusticas, exceto intoxicação (envenenamento).
X84	Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.

Fonte: Elaborados por SILVA et al., (2021) com base na CID-10 publicada pela WHO (2019).

RESULTADOS

Dados alarmantes da WHO (2019), mostram que no Brasil, aproximadamente 10.000 indivíduos morrem de LAI por ano. De 2012 a 2021, foram registrados 122.200 óbitos, segundo dados do DATASUS. O Nordeste apresenta 28.575 óbitos que corresponde a 23,38% do total nacional. Alagoas, possui 1.294 correspondendo a 4,52% de óbitos por LAI na região nordeste. Analisando os casos de LAI nos últimos anos no estado de alagoas (figura 1), observa-se uma tendência de elevação no ano de 2013 (143), voltando a cair nos anos seguintes, tendo um novo pico em 2018 (137) e 2020 (168), sendo o maior já registrado nos últimos 10 anos.

Figura 1: Casos de LAI por ano, 2012 a 2021



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); DATASUS (2021)

A caracterização sociodemográfica dos casos de LAI por região de saúde mostradas na tabela 3, demonstram que houve predominância do sexo masculino (76%) em todas as RS, a taxa é maior na 3º RS, onde há 87% do sexo masculino em relação ao feminino 13%. Predomina o estado civil solteiro em todas as RS, com 58,11% dos casos, e o que menos prevaleceu foi o estado civil viúvo (3,17%), com dados inexistente na 2ª RS e com menor ocorrência de óbitos na 6º e 10ª RS.

Tabela 3: Óbitos por LAI no estado de Alagoas analisado por RS – período 2012 a 2021

	1ª RS	**2ª RS**	**3ª RS**	**4ª RS**	**5ª RS**	**6ª RS**	**7ª RS**	**8ª RS**	**9ª RS**	**10ª RS**	**Total**	**%**
ANO DO ÓBITO												
2012	36	9	5	2	5	3	17	14	13	5	109	8,42
2013	45	2	11	2	10	7	31	12	17	6	143	11,05
2014	39	2	10	2	9	12	21	9	11	3	118	9,12
2015	35	3	5	6	7	10	25	10	11	4	116	8,96
2016	36	3	10	8	6	3	27	5	8	6	112	8,66
2017	33	2	4	3	9	5	28	6	8	6	104	8,04
2018	41	4	10	5	8	7	29	11	15	7	137	10,59
2019	39	3	4	5	8	7	31	11	13	8	129	9,97
2020	60	7	8	7	10	12	36	11	11	6	168	12,98
2021	51	4	4	9	13	5	36	10	17	9	158	12,21
SEXO												
Masculino	299	29	62	32	64	58	218	68	102	51	983	76
Feminino	116	10	9	17	21	13	63	31	22	9	311	24
ESTADO CIVIL												
Solteiro	233	26	39	32	50	43	169	52	71	37	752	58,11
Casado	89	7	11	10	19	12	60	31	33	13	285	22,02
Viúvo	8	-	3	3	3	1	11	5	6	1	41	3,17
Separado	22	2	2	1	3	4	13	5	4	2	58	4,48
Outro	17	1	4	-	4	5	15	1	3	4	54	4,17
Ignorado	46	3	12	3	6	6	13	5	7	3	104	8,04
LOCAL DE OCORRÊNCIA												
Hospital	107	8	8	4	9	11	57	9	6	9	228	18
Outro local	11	1	-	2	-	-	-	-	-	1	15	1
Domicílio	190	16	42	27	47	34	160	61	69	29	675	52
Via pública	52	6	4	8	13	13	41	20	26	14	197	15
FAIXA ETÁRIA												
Menor 1 ano	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	0
10 a 14 anos	5	-	3	2	1	-	8	2	2	-	23	2
15 a 19 anos	40	5	5	2	9	6	25	9	5	3	109	8
20 a 29 anos	94	7	16	13	18	20	72	24	29	14	307	24
30 a 39 anos	85	11	7	9	20	15	61	20	26	16	270	21
40 a 49 anos	85	9	6	12	13	12	51	16	19	10	233	18
50 a 59 anos	52	4	12	4	8	10	24	9	18	10	151	12
60 a 69 anos	33	2	13	3	11	4	15	10	12	3	106	8

70 a 79 anos	16	1	7	4	5	4	17	5	9	3	71	5
80 anos e mais	5	-	2	-	-	-	7	4	4	1	23	2
ESCOLARIDADE												
Nenhuma	6	2	4	5	8	5	24	8	14	6	82	6
1 a 3 anos	7	3	1	3	13	12	44	15	20	10	128	10
4 a 7 anos	20	1	2	3	3	14	39	13	19	12	126	10
8 a 11 anos	55	5	4	5	10	7	33	14	14	6	153	12
12 anos e mais	19	-	-	2	-	1	8	3	1	3	37	3
Ignorado	308	28	60	31	51	32	133	46	56	23	768	59
COR/RAÇA												
Branca	14	-	-	-	3	4	9	3	4	1	38	3
Preta	4	-	1	1	1	2	1	1	1	-	12	1
Amarela	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0
Parda	376	39	67	45	77	59	263	90	114	58	1188	92
Indígena	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0
Ignorado	20	-	3	3	4	5	8	5	5	1	54	4
MÉTODOS MAIS UTILIZADOS												
X64 autointoxicação por outras drogas	79	15	11	7	7	6	12	4	3	2	146	11
X68 autointoxicação por pesticidas	2	1	1	-	2	4	43	7	3	8	71	5
X70 enforcamento	238	17	55	39	64	54	194	79	103	36	879	68
X74 disparo de arma de fogo	13	-	-	1	1	5	5	2	4	4	35	3
X80 precipitação de lugar elevado	35	-	-	-	1	-	3	-	1	1	41	3

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2021

A maior prevalência de óbitos ocorreu em domicílio (52%), com destaque para a 1ª RS (15%) e a 7ª RS (12%), em seguida a hospitalar (18%) também com ênfase para 1ª (8%) e a 7ª RS (4%). A idade predominante de óbitos são de 20 a 29 anos (24%), com prevalência na maioria das RS, seguida da idade 30 a 39 anos (21%) que se sobressaiu na 2ª, 5ª e 10ª RS, além disso, houve um aumento nos últimos dois anos de mortalidade por LAI na faixa etária a partir dos 60 anos.

Tabela 4: Ano do óbito de acordo com a faixa etária a partir dos 60 anos

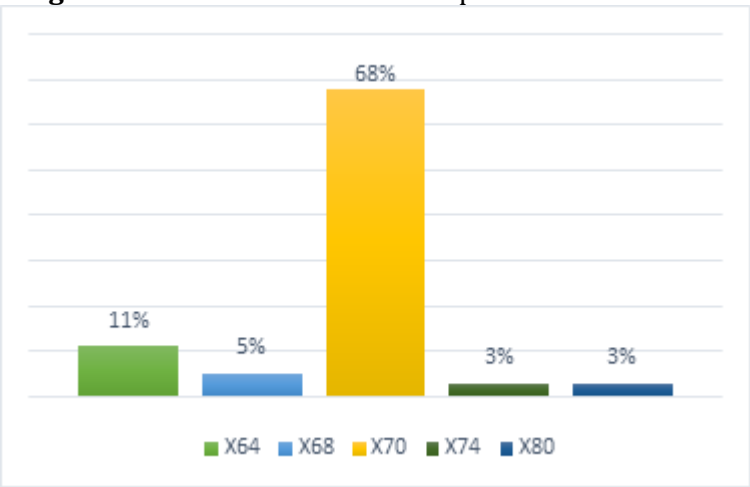
Ano do óbito	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total	%
2012	11	5	2	18	9
2013	13	7	2	22	11
2014	6	6	2	14	7
2015	7	11	2	20	10
2016	6	3	1	10	5
2017	9	5	1	15	8
2018	12	7	1	20	10
2019	10	4	5	19	10
2020	15	10	2	27	14
2021	17	13	5	35	18

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2021

A escolaridade predominou de 8 a 11 anos de estudo (12%) no estado de Alagoas, com ênfase para a 1ª RS (4%). A menor taxa de óbitos foram de pessoas com escolaridade de 12 anos e mais (3%), com números de mortes ausentes na 2ª, 3ª e 5ª RS, escolaridade ignorada obteve 59% em todas as RS. A raça/cor que se sobressaiu entre as RS foi a parda (92%), há registro de apenas 1 morte por LAI em indígena (6ª RS) e 1 em amarelo (1ª RS), registradas nos últimos 10 anos.

A figura 2, mostra os cinco meios mais empregados para consumar o ato, unânime em todas as RS foram: X64 - autointoxicação por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas (11%), X68 - autointoxicação por pesticidas (5%), X70 - enforcamento (68%), X74 - disparo de arma de fogo (3%) e X80 - precipitação de um lugar elevado (3%).

Figura 2: Métodos mais utilizados para cometer suicídio



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); DATASUS (2021).

Quando analisado por sexo, há 983 pessoas do sexo masculino no estado de alagoas que foram a óbito por LAI, deste, 8% foram por X64, 4% - X68, 74% - X70, 3% - X74 e 3% - X80. Já no sexo feminino, temos 311, das quais 22% por X64, 9% - X68, 50% - X70, 2 % - X74 e 5% - X80.

Além disso, não foram constatadas mortes em nenhuma RS do estado de alagoas por Autointoxicação intencional por outros gases e vapores - X67 e Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes - X77.

DISCUSSÃO

A mortalidade por LAI, tem crescido de forma expressiva nos últimos anos em todo o mundo, o que o torna um problema de saúde pública mundial, (WHO, 2018). Aumento progressivo dos óbitos por suicídio foi observado em todas as regiões do país, cuja taxas variam de acordo com as variações regionais, pois envolve aspectos socioculturais, econômicos, questões psicológicas, biológicas e ambientais, se configurando como uma pauta importante de saúde pública (Rodrigues et al., 2019).

Os resultados obtidos, mostram a prevalência de mortalidade por LAI no sexo masculino, estando em conformidade com a literatura científica (Sousa et al., 2020; Silva et al., 2021). Segundo Nacamura et al. (2022), as mulheres são mais propensas a tentar o suicídio, porém os homens obtêm mais êxito, por esse motivo as notificações são maiores no sexo feminino e as taxas de mortalidade no sexo masculino.

Segundo Sousa et al. (2020), isso acontece porque os homens utilizam métodos mais violentos e fatais do que as mulheres nas tentativas de suicídio, como o enforcamento e arma de fogo para consumar o ato, sendo fatal, não dando tempo buscar ajuda. Além disso, eles buscam menos por serviços de saúde mental, diferente da mulher que além de utilizarem meios menos invasivos e, portanto, menos letal, também se preocupam mais com a saúde e buscam ajuda com mais frequência (Ministério da Saúde, 2021).

Somado a isso, percebe-se que a 1ª RS composto pelos municípios de Maceió, Barra de São Miguel, barra de Santo Antônio, Pilar, Rio largo, Flexeiras, Marechal Deodoro, Messias, Paripueira, Satuba, apresentaram os maiores índices de LAI nos últimos 10 anos em decorrência do maior número populacional, seguida da 7ª RS - Feira Grande, Traipu, Major Isidoro, Olho D'agua Grande, Campo Grande, Craíbas, Coite do Noia, Arapiraca,

Taquarana, Batalha, São Sebastião, Belo Monte, Limoeiro de Anadia, Girau do Ponciano, Jacaré dos Homens, Lagoa da Canoa (DATASUS, 2021; Câmara Municipal de Maceió, 2019).

A prevalência do estado civil solteiro, só mostra a importância das relações sociais entre amigos e familiares, formando muitas vezes uma rede de apoio pessoal na vida do indivíduo. Segundo Figueiredo et al. (2021), a falta de integração social associa-se com a elevação na taxa de suicídios, favorecendo situações de estresse, solidão e frustação, além disso, eles possuem menos acesso a cuidados de saúde mental e rede de apoio.

O domicílio se apresenta como o local de maior ocorrência, pois é nele que o indivíduo planeja a morte, visando a acessibilidade aos meios que será utilizado para a consumação do ato (Sousa et al., 2020).

Pesquisas de figueiredo et al. (2021); Pedrosa et al. (2018), mostram que o maior número de óbitos ocorreu entre jovens adultos, na faixa etária de 20 a 29 anos, estando em conformidade com esse estudo do qual foi contabilizado um percentual de 24% dos registros, seguida pela idade 30 a 39 anos (21%). A fase adulta, é compreendida com maior quantitativo de óbitos, pois são comumente afetados pela sobrecarga de trabalho ou desemprego, uso de álcool e outras drogas, falta de apoio de amigos/familiares e condições financeiras (Maynara; Karine, 2018).

Dados do DATASUS revelam um aumento nos últimos dois anos de mortalidade por LAI na faixa etária a partir dos 60 anos, estando em conformidade com Pedrosa et al, (2018) que afirma que no Brasil, são os maiores de 60 anos que mais morrem por suicídio, nesse sentido, essa faixa etária merece uma atenção especial, principalmente políticas públicas voltadas para essa população.

O aumento do número de óbitos por LAI na população senil também é evidenciado em outros estudos (Carmo et al., 2018; Souza e Rodrigues, 2020), podendo se motivado, segundo os autores por transtornos mentais, depressão, isolamento, solidão e medo, seja da velhice ou do abandono, principalmente pelos familiares a quem os idosos dedicaram tanto cuidado e carinho.

Em relação ao grau de escolaridade, observou-se uma maior taxa de mortalidade por LAI em indivíduos com 8 a 11 anos de estudo, enquanto a menor taxa foram de pessoas com escolaridade de 12 anos e mais. Estudos de Figueiredo et al. (2021), Silva et al. (2021) e Sousa et al. (2020), mostram que a mortalidade por LAI está associada a baixa escolaridade, pois a educação interfere na ocorrência do risco ao suicídio, relacionando

os aspectos psicológicos a questões econômicas como o desemprego e a dificuldade financeira, prejudicando a renda familiar.

De acordo com o presente estudo, a mortalidade está em indivíduos com um grau mais elevado de estudo, neste sentido, salienta-se a importância desta variável, visto que a tendência entre a população brasileira com esta escolaridade é crescente, em todas as regiões do Brasil, uma vez que a gravidade da depressão e outras características clínicas foram associadas, (Nacamura et al., 2022).

Ademais, observa-se uma elevação significativa nas taxas de casos ignorados ou em branco (59%) predominante em todas as RS, presentes nessa pesquisa relacionado a escolaridade. A incompletude dos registros acaba prejudicando a tentativa de traçar o perfil dos indivíduos que atentaram pela própria vida, e dificultando a traçar políticas públicas que acabam não considerando essa variável. O não preenchimento completo dos registros pode estar relacionado ao déficit de conhecimento e treinamento dos profissionais de saúde, prejudicando a correta notificação (Paixão et al., 2021).

No que tange a raça/cor foi constatado nesse estudo um alto índice de pardos (92%), tal evidência está em consonância com Figueiredo et al. (2021), Pedrosa et al. (2018) e Souza e Rodrigues (2020). Porém, esse achado se configura como algo complexo, pois em várias regiões do Brasil, os indivíduos se autodeclaram pardos em decorrência da forte miscigenação histórica e, portanto, precisa de um estudo aprofundado, assim sendo, deve-se considerar que eles são provenientes da autodeclaração e podem estar equivocados, podendo diferir da sua raça verdadeira (Pedrosa et al., 2018).

Além disso, é destacado que pessoas negras (pretas e pardas), geralmente estão mais sujeitas a situações de desigualdade e condições de vida precárias estando relacionada também a baixa escolaridade ocasionada por questões históricas, se configurando, portanto, um grupo mais vulnerável ao suicídio (Sousa, 2020).

O meio mais empregado para consumar o ato foi o enforcamento/sufocação em ambos os sexos, com destaque para a 1ª RS, no município de Maceió, estando em conformidade com estudo semelhante feito em Alagoas por Rocha e Cruz, (2017). Além disso, foi constatado o enforcamento como meio utilizado, sendo mais frequente no sexo masculino e a autointoxicação por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas no sexo feminino.

Estudo de Sousa et al. (2020) também obteve esse achado, ressaltando do fato de que o enforcamento é um meio com acesso mais fácil, pois cordas e outros materiais são

facilmente encontrados nos domicílios, hospitais e escolas, o que pode facilitar o ato suicida por esse método comparado a outros meios, como por exemplo, a arma de fogo, que obteve a quarta colocação nesse estudo (3%).

Diante dos dados expostos na tabela 5, pode-se perceber que em geral tanto homem quanto mulher, utilizaram o mesmo meio para cometer suicídio em termos de dados quantitativos. Porém, quando analisado de forma separada, é possível observar que, as pessoas do sexo masculino em mais de 70% utilizaram o enforcamento, enquanto os outros meios obtiveram uma porcentagem inferior a 10%.

As mulheres, por outro lado, utilizaram também o enforcamento com 50%, e em segundo lugar a autointoxicação por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas com uma porcentagem superior a 20%, em quanto que os outros meios estão com uma taxa inferior a 10%, dando a inferir que as mulheres utilizam mais a autointoxicação por drogas doque homens que tem preferência por enforcamento.

Estes achados, corroboram com o fato de que homens utilizam meios mais letais e irreversíveis resultando em um quantitativo maior de óbitos do que em mulheres que utilizam meios menos letais dando tempo, na maioria das vezes de reverter o caso. Além disso, os meios utilizados para a LAI estão relacionados a diversos fatores como os aspectos culturais, sociais e religiosos (Sousa et al., 2020).

Nesse sentido, percebe-se que os casos de mortalidade por LAI, ocorre pautada na história individual de cada indivíduo relacionado a vários aspectos. Somado a isso, é preciso um cuidado individualizado e humanizado, a pacientes vítimas de tentativa de suicídio, para que ele não busque por meios extremos.

Tabela 5: Principais métodos de LAI utilizados por sexo

CID -10	Masculino	%	Feminino	%
X64	78	8	68	22
X68	44	4	27	9
X70	723	74	156	50
X74	30	3	5	2
X80	27	3	14	5
Total	902	92	270	88

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); DATASUS (2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização do perfil epidemiológico de óbitos por LAI é importante na identificação daqueles que possam estar em situação de risco, permitindo adotar medidas preventivas de forma eficaz e, consequentemente, reduzir a incidência desses eventos. Além disso, é fundamental investigar minuciosamente as variáveis relacionadas as taxas de óbitos.

Portanto, compreende-se que esse fenômeno complexo e de difícil resolução, visto como uma "fuga", precisa ser estudado e compreendido de forma humanizada, ou seja, levando em consideração os fatores desencadeadores do problema e a individualidade do ser, cabendo estabelecer estratégias de apoio para amenizar a problemática com a implementação de políticas públicas e de sua divulgação para aumentar a conscientização e disseminação de informações sobre como identificar sinais de alerta e como buscar ajuda.

É importante reconhecer que a prevenção é a melhor alternativa para conter os casos de LAI no estado alagoano, nesse sentido, cabe implementar estratégias de apoio, indo além do tratamento dos sintomas, isso envolve ações que promovam o bem-estar psicológico e emocional, abrangendo a educação em saúde mental nas escolas e na atenção primária.

REFERÊNCIAS

BAHIA, C.A., et al. **Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016.** Epidemiol. Serv. Saúde vol. 29 nº.2 Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Diário Oficial da União 2016; 24 maio. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 18 mar. 2024.

CÂMARA MUNICIPAL DE MACEIÓ. **Suicídio: OMS diz que Alagoas registrou mais de 500 mortes nos últimos três anos.** Disponível em: https://www.maceio.al.leg.br/noticia/suicidio-oms-diz-que-alagoas-registrou-mais-de-500-mortes-nos-ultimos-tres-anos-31-03-2019-08-00-160. Acesso em: 09 set. 2023.

CARMO, Érica Assunção., et al. **Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 27(1):e20171971, 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/ress/a/HmtcGNd6zcdJyyVTmNhbbCL/abstract/?lang=pt#. Acesso em: 20 out. 2023.

FIGUEIREDO, Hyan Hesley., et al. **Um Panorama da Mortalidade por Lesões Autoprovocadas na Região Nordeste entre 2000 e 2019.** Revista - Construindo Pesquisa em Diferentes Prismas, João Pessoa. Editora Ative, 1ªed, p. 91-108, 2021. Acesso em: 19 nov. 2023.

IARROCHESKI, Larissa Zucco; PERRELLI, Marly Terezinha. **ANTES DO FIM DA LINHA: suicídio na contemporaneidade.** Cadernos Zygmunt Bauman, vol. 10, num. 22, 2020.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica. 5a. ed. São Paulo: Atlas, 2003.** Disponível em: https://edisciplinas. usp.br/pluginfile.php /7237618/mod_resource/content/1/Marina%20Marconi%2C%20Eva%20Lakatos_Fundamentos%20de%20metodologia%20cient%C3%ADfica.pdf. Acesso em: 26 fev. 2024.

MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto. **O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção**. REVISTA M. Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 31-44, jan./jun. 2019.

MAYNARA, J.; KARINE, J. **Fatores Predisponentes que Levam Jovens Adultos à Ideação Suicida e ao Suicídio no Brasil.** Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS, Alagoas, v. 5, n. 1, p. 153–153, 2018.
MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Informações de Saúde.** Sistemas e Aplicativos [Internet]. Brasília: MS; 2021. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/. Acesso em: 05 set. 2023.

_____. **Boletim Epidemiológico.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Volume 52, Nº 33, Set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view. Acesso em: 27 out. 2023.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19**. Disponível em: https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz. br/wpcontent/uploads/2020/05 /cartilha _prevencaosuicidio.pdf. Acesso em: 18 set. 2023.

NACAMURA, P. A., et al. **Mortalidade por lesões autoprovocadas: análise de tendência**. Enfermagem Foco. 2022;13:e-20227. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1395353. Acesso em: 14 fev. 2024.

PAIXÃO, B.T.A., et al. **Suicídio e Lesões Autoprovocadas: Análise do Perfil Epidemiológico e Prevalência dos Casos no Brasil entre 1996 e 2019.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, Vol.13(8), 2021.

PEDROSA, N.F.C., et al. **Análise dos principais fatores epidemiológicos relacionados ao suicídio em uma cidade no interior do Ceará, Brasil**. J Health Biol Sci. 2018 Out-Dez; 6(4):399-404.

ROCHA, R.C.M.A.; CRUZ, R.T.C.S. **Tentativa de Suicídio e Suicídio em Alagoas.** X Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Florianópolis, 2017. Disponível em: https://proceedings.science/epi/trabalhos/tentativa-de-suicidio-e-suicidio-em-alagoas?lang=pt-br. Acesso em: 11 Set. 2023.

RODRIGUES, C.D; SOUZA, D.S; RODRIGUES, H.M; KONSTANTYNER, T.C.R.O. **Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015**. Braz J Psychiatry. 2019; 41:380-388. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbp/a/RtR9RvfpHKfnjqbxk35chKt/?lang=en. Acesso em: 14 out. 2023.

SILVA, A.I., et al. **Análise histórica de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no Estado do Paraná segundo dados do DATASUS.** Research, Society and Development, v. 10, n.11, e561101120001, 2021.
SOUSA C.M.S., et al. **Evolução da mortalidade por suicídio segundo os mecanismos de morte – 2001-2015.** Rev Enferm UFPI, 2020; 9: e9098. Disponível em: https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/9098. Acesso em: 20 nov. 2023.

SOUZA, S.A Jr; RODRIGUES, C.F. **Mortalidade por suicídio: realidade de uma cidade no interior do nordeste brasileiro.** Revista Bras Promoção Saúde. 2020; 33:10813. DOI: 10.5020/18061230.2020.10813. Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/ article /view/10813/pdf. Acesso em: 09 out. 2023.

TEIXEIRA, Selena Mesquita de Oliveira; SOUZA, Luana Elayne Cunha; VIANA, Luciana Maria Maia. **O suicídio como questão de saúde pública**. Revista Bras Promoção da Saúde, Fortaleza, 31(3): 1-3, jul./set., 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): Suicide. **Folha informativa - Suicídio.** 2018. [local desconhecido] [data desconhecida]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_c ontent&view=article&id=5671:folha-informativasuicidio&Itemid=839. Acesso em: 15 set. 2023.

_____. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. **Geneva: World Health Organization; 2021**. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643. Acesso em: 20 set. 2023.

Capítulo 2

SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: O PAPEL FUNDAMENTAL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E GESTÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

Vanessa Aparecida Sanches Campassi de Oliveira
Rúbia Carla Ramires Morais

SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: O PAPEL FUNDAMENTAL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E GESTÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

Vanessa Aparecida Sanches Campassi de Oliveira
Professora do Centro Paula Souza.

Rúbia Carla Ramires Morais
Professora do Centro Paula Souza.

INTRODUÇÃO

A saúde mental no ambiente de trabalho é uma questão de crescente relevância, pois afeta diretamente a produtividade e o bem-estar dos trabalhadores. Estudos indicam que problemas de saúde mental são uma das principais causas de afastamento do trabalho e de redução da produtividade (Franklin e Gkiouleka, 2021). Além disso, o estresse e outros riscos psicossociais no ambiente de trabalho estão associados a diversas condições de saúde adversas, incluindo doenças cardiovasculares e musculoesqueléticas (Bernal et al., 2015; Lee et al., 2013).

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na promoção da saúde mental e na gestão dos riscos psicossociais. Eles são frequentemente os primeiros a identificar sinais de estresse e outras condições de saúde mental entre os trabalhadores devido ao seu contato direto e contínuo com eles (Kowalczuk, Krajewska-Kułak, e Sobolewski, 2017). Além disso, os enfermeiros têm a capacidade de implementar intervenções preventivas e fornecer suporte contínuo, ajudando os trabalhadores a desenvolver estratégias eficazes de enfrentamento e resiliência (Soto-Rubio, Giménez-Espert, e Prado-Gascó, 2020).

A literatura destaca que a atuação dos enfermeiros na promoção da saúde mental no trabalho envolve várias dimensões, incluindo a educação sobre saúde mental, o desenvolvimento de programas de bem-estar e a criação de ambientes de trabalho

saudáveis (Mullen, 2009; Pousa e Lucca, 2021). Essas ações são essenciais para reduzir a prevalência de riscos psicossociais e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores.

Este artigo objetiva discutir a importância dos enfermeiros na prevenção e gestão dos riscos psicossociais no ambiente de trabalho. Serão abordadas as estratégias e intervenções utilizadas pelos enfermeiros, bem como os desafios e as perspectivas futuras para a promoção da saúde mental no trabalho.

SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

A saúde mental no trabalho refere-se ao estado de bem-estar emocional, psicológico e social dos trabalhadores, sendo essencial para que eles possam lidar com o estresse, trabalhar produtivamente e contribuir para a sociedade (Franklin e Gkiouleka, 2021). Um ambiente de trabalho saudável, com suporte social adequado e condições de trabalho favoráveis, contribui significativamente para a manutenção da saúde mental dos trabalhadores. Estudos indicam que trabalhadores que se sentem apoiados e valorizados são menos propensos a desenvolver transtornos mentais e apresentam níveis mais baixos de estresse (Soto-Rubio, Giménez-Espert, e Prado-Gascó, 2020).

Os riscos psicossociais, como excesso de carga de trabalho, falta de controle sobre as tarefas, relações interpessoais conflituosas e falta de suporte social, são fatores que podem prejudicar a saúde mental dos trabalhadores. Esses fatores estão associados a um aumento na prevalência de doenças mentais, como depressão e ansiedade, e podem levar a problemas físicos, como doenças cardiovasculares e distúrbios musculoesqueléticos (Lee et al., 2013; Kowalczuk, Krajewska-Kułak, e Sobolewski, 2017).

Portanto, a promoção da saúde mental no ambiente de trabalho não é apenas benéfica para os indivíduos, mas também para as organizações, pois trabalhadores saudáveis tendem a ser mais produtivos, comprometidos e satisfeitos com seu trabalho (Pousa e Lucca, 2021). A implementação de políticas e práticas que visem melhorar a saúde mental no trabalho deve ser uma prioridade para as organizações que buscam criar ambientes de trabalho saudáveis e produtivos.

RISCOS PSICOSSOCIAIS

Os riscos psicossociais são aspectos do design, organização e gestão do trabalho, bem como do contexto social do trabalho, que têm potencial para causar danos

psicológicos ou físicos aos trabalhadores (Joshua, 2019). Esses riscos podem surgir de várias fontes, como a carga de trabalho excessiva, a falta de controle sobre as tarefas, o suporte social inadequado, os conflitos interpessoais e o assédio moral ou sexual (Franklin e Gkiouleka, 2021).

O excesso de carga de trabalho é um risco psicossocial comum que pode levar ao esgotamento, ansiedade e outras condições de saúde mental. Estudos mostram que a alta demanda de trabalho está associada a um aumento significativo no risco de transtornos musculoesqueléticos e problemas de saúde mental (Bernal et al., 2015). Além disso, a falta de suporte social no ambiente de trabalho, seja de colegas ou supervisores, pode exacerbar o estresse e aumentar a vulnerabilidade dos trabalhadores a problemas de saúde mental. Trabalhos que investigam a relação entre suporte social e saúde mental indicam que o suporte adequado pode atenuar os efeitos negativos de outros riscos psicossociais (Kowalczuk, Krajewska-Kułak, e Sobolewski, 2017).

Outro exemplo significativo de risco psicossocial é o assédio moral, que pode ter efeitos devastadores na saúde mental e física dos trabalhadores. O assédio moral inclui comportamentos como humilhação, intimidação e exclusão, e tem sido associado a sintomas de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (Lee et al., 2013). Além disso, os conflitos interpessoais são frequentemente encontrados em ambientes de trabalho e podem criar um ambiente hostil. Esses conflitos podem surgir de desentendimentos, competição por recursos ou diferenças de personalidade, e podem levar a um aumento do estresse e a uma diminuição da satisfação no trabalho (Mullen, 2009).

Os trabalhadores que enfrentam altas exigências emocionais, como aqueles que lidam com pacientes ou clientes em situações de crise, estão particularmente em risco de sofrer esgotamento emocional e burnout. As exigências emocionais contínuas podem levar a uma diminuição da capacidade de lidar com o estresse e a um aumento do risco de problemas de saúde mental (Soto-Rubio, Giménez-Espert, e Prado-Gascó, 2020).

A exposição a riscos psicossociais pode resultar em uma ampla gama de consequências negativas para os trabalhadores, incluindo problemas de saúde mental como depressão e ansiedade, bem como problemas físicos como doenças cardiovasculares e distúrbios musculoesqueléticos (Franklin e Gkiouleka, 2021). Além disso, os riscos psicossociais estão associados a um aumento do absenteísmo, redução da produtividade e alta rotatividade de funcionários, o que pode ter impactos econômicos significativos para as organizações (Bernal et al., 2015).

Portanto, é essencial que as organizações adotem estratégias para identificar e mitigar os riscos psicossociais no ambiente de trabalho, promovendo um ambiente de trabalho saudável e sustentável para todos os funcionários.

IMPACTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO

Prevalência e Consequências

Estudos indicam que os riscos psicossociais estão presentes em diversos setores e têm aumentado nos últimos anos. Esses riscos estão associados a uma ampla gama de consequências negativas para a saúde mental e física dos trabalhadores. O burnout é uma das condições mais comuns relacionadas à exposição prolongada a fatores de risco psicossociais. Caracteriza-se por um estado de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, que pode levar a uma queda significativa no desempenho e na satisfação profissional (Rmadi et al., 2021).

Além do burnout, a ansiedade e a depressão são frequentemente observadas entre trabalhadores expostos a altos níveis de estresse psicossocial. A ansiedade pode manifestar-se como preocupação excessiva, tensão e sintomas físicos como palpitações e sudorese, enquanto a depressão pode levar a sentimentos persistentes de tristeza, perda de interesse em atividades diárias e, em casos graves, a pensamentos suicidas (Franklin e Gkiouleka, 2021). Essas condições não só afetam o bem-estar individual, mas também podem resultar em absenteísmo, presenteísmo e alta rotatividade de funcionários, impactando negativamente a produtividade e aumentando os custos para as organizações (Joshua, 2019).

Além das doenças mentais, os riscos psicossociais estão associados a problemas físicos como doenças cardiovasculares e distúrbios musculoesqueléticos. A exposição contínua ao estresse pode levar ao aumento da pressão arterial, problemas cardíacos e outras condições cardiovasculares graves (Bernal et al., 2015). Da mesma forma, a tensão física e emocional pode contribuir para o desenvolvimento de dores crônicas nas costas, ombros e outras partes do corpo, exacerbando os problemas musculoesqueléticos (Lee et al., 2013).

Esses impactos negativos demonstram a importância de abordar os riscos psicossociais no ambiente de trabalho. As organizações devem implementar estratégias de prevenção e gestão desses riscos para promover um ambiente de trabalho saudável e

sustentável, beneficiando tanto os trabalhadores quanto a própria organização (Kowalczuk, Krajewska-Kułak, e Sobolewski, 2017).

Efeitos na Produtividade

A presença de riscos psicossociais no ambiente de trabalho pode ter um impacto significativo na produtividade. Trabalhadores que enfrentam altos níveis de estresse, ansiedade ou outras condições relacionadas aos riscos psicossociais tendem a apresentar uma redução no desempenho. Essa diminuição da produtividade pode ser atribuída à dificuldade em se concentrar, à falta de motivação e ao esgotamento físico e mental (Lee et al., 2013).

Além disso, os riscos psicossociais estão diretamente relacionados ao aumento do absenteísmo, que é a frequência com que os trabalhadores faltam ao trabalho devido a problemas de saúde mental e física. Estudos indicam que trabalhadores expostos a altos níveis de estresse psicossocial têm maiores taxas de faltas ao trabalho, o que impacta negativamente a continuidade e a qualidade do serviço prestado (Franklin e Gkiouleka, 2021). O absenteísmo não planejado pode desorganizar a equipe de trabalho, aumentar a carga de trabalho dos colegas e, consequentemente, elevar os níveis de estresse de toda a equipe, criando um ciclo vicioso.

A rotatividade de funcionários também é uma consequência comum dos riscos psicossociais no ambiente de trabalho. Trabalhadores que se sentem insatisfeitos ou sobrecarregados devido ao estresse contínuo são mais propensos a buscar outras oportunidades de emprego, resultando em uma alta taxa de rotatividade. A rotatividade elevada implica custos adicionais para as organizações, incluindo despesas com recrutamento, treinamento e a integração de novos funcionários (Bernal et al., 2015).

Os custos elevados para as organizações são outro efeito adverso significativo dos riscos psicossociais. Esses custos incluem não apenas os associados ao absenteísmo e à rotatividade, mas também aqueles relacionados à queda na produtividade e ao aumento das reclamações trabalhistas e problemas legais. Investir em um ambiente de trabalho saudável e na gestão eficaz dos riscos psicossociais pode, portanto, resultar em economias substanciais para as organizações (Kowalczuk, Krajewska-Kułak, e Sobolewski, 2017).

Portanto, a gestão adequada dos riscos psicossociais é crucial não apenas para a saúde e bem-estar dos trabalhadores, mas também para a eficiência e a sustentabilidade

econômica das organizações. Estruturas de suporte e intervenções preventivas podem ajudar a mitigar esses riscos, promovendo um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

Identificação de Riscos

Os enfermeiros desempenham um papel essencial na identificação de riscos psicossociais no ambiente de trabalho. Para isso, utilizam diversas ferramentas e métodos que lhes permitem avaliar de maneira eficaz as condições psicossociais que podem impactar negativamente a saúde dos trabalhadores. Entre os métodos mais comuns estão as entrevistas, os questionários e as observações diretas (Soto-Rubio, Giménez-Espert, e Prado-Gascó, 2020).

As entrevistas são uma técnica qualitativa que permite aos enfermeiros obterem insights profundos sobre as experiências e percepções dos trabalhadores em relação ao seu ambiente de trabalho. Através de entrevistas individuais ou em grupo, os enfermeiros podem identificar fatores estressores específicos, como conflitos interpessoais, falta de suporte social e carga de trabalho excessiva (Mullen, 2009). Essas entrevistas permitem uma compreensão mais detalhada das dinâmicas do local de trabalho e das necessidades dos funcionários.

Os questionários são outra ferramenta amplamente utilizada na identificação de riscos psicossociais. Eles podem ser aplicados a todos os trabalhadores para coletar dados quantitativos sobre diversas dimensões do ambiente de trabalho, como demandas de trabalho, controle sobre o trabalho, suporte social e equilíbrio entre vida profissional e pessoal. Questionários padronizados, como o Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), são frequentemente utilizados para essa finalidade e têm demonstrado ser eficazes na identificação de áreas problemáticas (Kowalczuk, Krajewska-Kułak, e Sobolewski, 2017).

As observações diretas são uma técnica adicional que permite aos enfermeiros avaliar o ambiente de trabalho em tempo real. Ao observar diretamente as interações entre os trabalhadores, as condições físicas do local de trabalho e as práticas organizacionais, os enfermeiros podem identificar riscos que podem não ser captados por meio de entrevistas ou questionários. Esta abordagem prática proporciona uma visão

holística do ambiente de trabalho e ajuda na identificação de fatores estressores que podem passar despercebidos (Bernal et al., 2015).

Além dessas ferramentas, os enfermeiros também podem utilizar grupos focais, análise de incidentes críticos e avaliações de risco para identificar e priorizar os riscos psicossociais no local de trabalho. A combinação de métodos qualitativos e quantitativos permite uma avaliação abrangente e detalhada dos fatores psicossociais que afetam a saúde dos trabalhadores (Franklin e Gkiouleka, 2021).

A identificação precoce e precisa dos riscos psicossociais é fundamental para a implementação de estratégias eficazes de prevenção e intervenção. Enfermeiros bem treinados e equipados com as ferramentas certas podem desempenhar um papel vital na promoção de um ambiente de trabalho mais saudável e na melhoria do bem-estar dos trabalhadores.

Educação e Treinamento

Programas de educação e treinamento são fundamentais para aumentar a conscientização sobre a importância da saúde mental no ambiente de trabalho. Os enfermeiros desempenham um papel central na implementação e condução desses programas, atuando como educadores e facilitadores para ajudar os trabalhadores a reconhecerem e gerirem os riscos psicossociais (Oliveira et al., 2013).

A educação em saúde mental no trabalho envolve diversas atividades, incluindo workshops, seminários e treinamentos contínuos que abordam temas como gerenciamento do estresse, técnicas de enfrentamento, comunicação eficaz e resolução de conflitos. Esses programas visam equipar os trabalhadores com as habilidades necessárias para lidar com os desafios diários e minimizar os efeitos negativos dos riscos psicossociais (Soto-Rubio, Giménez-Espert, e Prado-Gascó, 2020).

Os enfermeiros, com sua formação e experiência em saúde, estão particularmente bem-posicionados para liderar esses programas. Eles podem oferecer insights valiosos sobre as melhores práticas de saúde mental e fornecer suporte contínuo aos trabalhadores. Por exemplo, enfermeiros podem organizar sessões de treinamento sobre mindfulness, técnicas de relaxamento e estratégias de autocuidado, que são comprovadamente eficazes na redução do estresse e na promoção do bem-estar (Kowalczuk, Krajewska-Kułak, e Sobolewski, 2017).

Além dos treinamentos práticos, os enfermeiros também podem desenvolver materiais educativos, como folhetos, guias e cursos online, que os trabalhadores podem acessar a qualquer momento. Esses recursos educativos podem ajudar a criar uma cultura de saúde mental no local de trabalho, onde os trabalhadores se sintam encorajados a buscar ajuda e a apoiar uns aos outros (Franklin e Gkiouleka, 2021).

Os programas de educação e treinamento também desempenham um papel crucial na identificação precoce de problemas de saúde mental. Ao aumentar a conscientização e fornecer informações sobre os sinais e sintomas de problemas de saúde mental, os enfermeiros ajudam os trabalhadores a reconhecer quando eles ou seus colegas podem precisar de apoio adicional. Isso pode levar a intervenções mais precoces e eficazes, reduzindo a gravidade dos problemas de saúde mental e melhorando os resultados gerais (Mullen, 2009).

Portanto, a implementação de programas de educação e treinamento em saúde mental é essencial para criar um ambiente de trabalho saudável e sustentável. Os enfermeiros, com suas habilidades e conhecimentos, são fundamentais para o sucesso desses programas, garantindo que os trabalhadores tenham acesso às ferramentas e recursos necessários para manter sua saúde mental e bem-estar.

Promoção de um Ambiente Saudável

Enfermeiros desempenham um papel vital na promoção de um ambiente de trabalho saudável, implementando uma série de intervenções que visam melhorar o bem-estar físico e mental dos trabalhadores. Entre essas intervenções estão os programas de bem-estar, as políticas de apoio psicológico e a criação de espaços de descompressão (Celestino et al., 2020).

Os programas de bem-estar são projetados para incentivar hábitos saudáveis e reduzir o estresse no local de trabalho. Esses programas podem incluir atividades físicas, como ginástica laboral, aulas de ioga e campanhas para incentivar caminhadas durante os intervalos. Além disso, programas de nutrição, sessões de mindfulness e workshops sobre gerenciamento de estresse são frequentemente utilizados para promover um estilo de vida saudável entre os trabalhadores (Franklin e Gkiouleka, 2021). Estudos mostram que esses programas não apenas melhoram a saúde física, mas também têm um impacto

positivo na saúde mental, reduzindo sintomas de ansiedade e depressão (Soto-Rubio, Giménez-Espert, e Prado-Gascó, 2020).

As políticas de apoio psicológico são outro componente crucial na promoção de um ambiente de trabalho saudável. Enfermeiros podem desenvolver e implementar políticas que ofereçam suporte psicológico aos trabalhadores, como acesso a serviços de aconselhamento, linhas de apoio confidenciais e sessões regulares com psicólogos ou terapeutas (Mullen, 2009). Essas políticas são essenciais para fornecer aos trabalhadores os recursos necessários para lidar com problemas de saúde mental de maneira eficaz e oportuna.

A criação de espaços de descompressão no local de trabalho também é uma estratégia eficaz para promover a saúde mental. Esses espaços oferecem aos trabalhadores um lugar tranquilo para relaxar e recarregar durante o dia de trabalho. Espaços de descompressão podem incluir áreas de descanso com cadeiras confortáveis, luz natural, plantas e até mesmo salas de meditação ou silêncio (Kowalczuk, Krajewska-Kułak, e Sobolewski, 2017). A disponibilidade desses espaços tem demonstrado reduzir os níveis de estresse e aumentar a satisfação no trabalho.

Além dessas intervenções, os enfermeiros também podem promover a saúde mental através de campanhas de sensibilização e educação. Essas campanhas podem incluir palestras sobre a importância da saúde mental, distribuição de materiais informativos e a organização de eventos que promovam o bem-estar (Oliveira et al., 2013). A sensibilização contínua ajuda a criar uma cultura de saúde mental positiva no local de trabalho, onde os trabalhadores se sentem apoiados e valorizados.

Portanto, a promoção de um ambiente de trabalho saudável é uma abordagem multifacetada que requer a implementação de várias estratégias inter-relacionadas. Enfermeiros, com suas habilidades e conhecimentos, são essenciais para o sucesso dessas iniciativas, contribuindo significativamente para a criação de um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo.

GESTÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

Intervenções e Suporte

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na implementação de intervenções que visam reduzir os riscos psicossociais no ambiente de trabalho. Essas

intervenções são essenciais para promover a saúde mental dos trabalhadores e incluem uma variedade de atividades e serviços.

Uma das principais intervenções é a realização de sessões de aconselhamento. Os enfermeiros oferecem aconselhamento individual ou em grupo, criando um espaço seguro onde os trabalhadores podem expressar suas preocupações e desafios. Durante essas sessões, os enfermeiros utilizam técnicas de escuta ativa e apoio psicológico para ajudar os trabalhadores a identificar e lidar com fatores estressantes, desenvolver habilidades de enfrentamento e melhorar sua resiliência emocional (Kowalczuk, Krajewska-Kułak, e Sobolewski, 2017).

O suporte emocional contínuo também é uma parte fundamental das intervenções realizadas pelos enfermeiros. Eles estão disponíveis para fornecer suporte emocional aos trabalhadores em momentos de crise ou quando enfrentam dificuldades específicas. Este suporte pode incluir aconselhamento breve, monitoramento do bem-estar dos trabalhadores e a oferta de recursos e informações sobre como gerenciar o estresse e a saúde mental (Soto-Rubio, Giménez-Espert, e Prado-Gascó, 2020).

Quando necessário, os enfermeiros também realizam encaminhamentos para serviços especializados. Isso pode incluir a recomendação de profissionais de saúde mental, como psicólogos ou psiquiatras, quando os trabalhadores precisam de intervenções mais intensivas ou especializadas. Os encaminhamentos são feitos de maneira sensível e confidencial, garantindo que os trabalhadores recebam o apoio necessário sem estigmatização (Mullen, 2009).

Além dessas intervenções diretas, os enfermeiros têm a responsabilidade de oferecer suporte contínuo aos trabalhadores, ajudando-os a desenvolver estratégias de enfrentamento e resiliência. Isso pode ser feito através de workshops e treinamentos que abordam técnicas de manejo do estresse, comunicação eficaz, resolução de conflitos e outras habilidades que são vitais para manter um ambiente de trabalho saudável (Franklin e Gkiouleka, 2021). A promoção de programas de bem-estar, como atividades físicas, mindfulness e exercícios de relaxamento, também contribui significativamente para a redução dos riscos psicossociais (Celestino et al., 2020).

Os enfermeiros, com sua expertise em saúde e bem-estar, são indispensáveis na criação e manutenção de um ambiente de trabalho saudável. Sua capacidade de identificar problemas precocemente, oferecer suporte emocional e implementar intervenções eficazes faz deles agentes cruciais na promoção da saúde mental no trabalho.

Monitoramento Contínuo

O monitoramento contínuo dos trabalhadores e das condições de trabalho é essencial para identificar e mitigar riscos psicossociais de forma oportuna e eficaz. Enfermeiros desempenham um papel central nesse processo, realizando avaliações periódicas que permitem uma compreensão detalhada do estado de bem-estar dos trabalhadores e das possíveis fontes de estresse no ambiente de trabalho.

As avaliações periódicas são realizadas utilizando diversas ferramentas, como questionários de bem-estar e avaliações de estresse ocupacional. Questionários como o Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) ou o Maslach Burnout Inventory (MBI) são amplamente utilizados para medir fatores como a carga de trabalho, o suporte social, o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, e os níveis de estresse e burnout (Mullen, 2009). Essas ferramentas fornecem dados quantitativos que ajudam a identificar áreas problemáticas e a monitorar as mudanças ao longo do tempo.

Além dos questionários, enfermeiros também realizam avaliações qualitativas através de entrevistas e grupos focais. Essas técnicas permitem uma compreensão mais profunda das experiências e percepções dos trabalhadores, revelando nuances que podem não ser capturadas por métodos quantitativos. As observações diretas no local de trabalho também são utilizadas para avaliar as condições físicas e sociais do ambiente de trabalho, identificando fatores que podem contribuir para o estresse e outros riscos psicossociais (Bernal et al., 2015).

O monitoramento contínuo permite que os enfermeiros façam ajustes nas intervenções e políticas de saúde ocupacional de maneira proativa. Por exemplo, se os dados de monitoramento indicarem um aumento nos níveis de estresse entre os trabalhadores, os enfermeiros podem implementar programas de intervenção específicos, como workshops de gerenciamento de estresse ou sessões de aconselhamento individual (Franklin e Gkiouleka, 2021). Da mesma forma, se as avaliações revelarem problemas de suporte social, os enfermeiros podem trabalhar com a gestão para desenvolver iniciativas de construção de equipe e melhorar a comunicação interna.

Esse processo de monitoramento contínuo é crucial para garantir a eficácia das ações preventivas. Ele permite a detecção precoce de problemas, evitando que pequenos estressores se transformem em questões maiores que podem afetar gravemente a saúde

mental e o bem-estar dos trabalhadores. Além disso, o monitoramento regular ajuda a criar um ciclo de feedback, onde as intervenções são constantemente avaliadas e ajustadas com base nos resultados, promovendo uma abordagem dinâmica e adaptável para a gestão dos riscos psicossociais (Kowalczuk, Krajewska-Kułak, e Sobolewski, 2017).

Programas de Bem-Estar

Os programas de bem-estar no local de trabalho são uma das principais estratégias para promover a saúde mental e o bem-estar geral dos funcionários. Esses programas são projetados para criar um ambiente de trabalho mais saudável e apoiar os trabalhadores na gestão do estresse e na manutenção de um equilíbrio saudável entre vida profissional e pessoal.

Entre as atividades frequentemente incluídas em programas de bem-estar estão atividades físicas, como aulas de ginástica laboral, yoga e caminhadas organizadas. A atividade física regular é comprovadamente eficaz na redução dos níveis de estresse e na melhoria do humor e da saúde mental geral (Celestino et al., 2020). Além disso, as sessões de meditação e mindfulness são cada vez mais populares no ambiente de trabalho, ajudando os funcionários a desenvolver habilidades de atenção plena e a reduzir a ansiedade e o estresse.

Workshops de gestão do estresse são outra componente crucial desses programas. Esses workshops oferecem aos trabalhadores ferramentas e técnicas para lidar com o estresse, como estratégias de enfrentamento, técnicas de respiração e métodos de organização do tempo. Ao capacitar os trabalhadores com essas habilidades, os programas de bem-estar podem ajudar a reduzir a incidência de burnout e outras condições relacionadas ao estresse (Pousa e Lucca, 2021).

Campanhas de sensibilização sobre saúde mental também são essenciais para promover um ambiente de trabalho mais aberto e solidário. Essas campanhas podem incluir palestras, distribuição de materiais informativos e eventos que promovam a conscientização sobre a importância da saúde mental e os recursos disponíveis para os trabalhadores (Franklin e Gkiouleka, 2021). A sensibilização contínua ajuda a desestigmatizar os problemas de saúde mental e encoraja os trabalhadores a buscar ajuda quando necessário.

Os enfermeiros são frequentemente os responsáveis pelo planejamento e execução desses programas de bem-estar. Com seu conhecimento especializado em saúde e bem-estar, eles estão bem-posicionados para desenvolver programas que atendam às necessidades específicas da organização e dos trabalhadores. Os enfermeiros realizam avaliações das necessidades de bem-estar dos trabalhadores e ajustam os programas de acordo com essas necessidades, garantindo que as intervenções sejam eficazes e relevantes (Kowalczuk, Krajewska-Kułak, e Sobolewski, 2017).

Além disso, os enfermeiros monitoram a eficácia dos programas de bem-estar através de feedback contínuo e avaliações periódicas. Eles utilizam esses dados para fazer ajustes e melhorias nos programas, garantindo que continuem a oferecer benefícios significativos aos trabalhadores. A implementação bem-sucedida de programas de bem-estar pode resultar em uma força de trabalho mais saudável, produtiva e satisfeita, beneficiando tanto os trabalhadores quanto a organização como um todo (Mullen, 2009).

DESAFIOS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Desafios

Apesar dos avanços significativos na prevenção e gestão de riscos psicossociais, os enfermeiros ainda enfrentam uma série de desafios que podem dificultar seus esforços. Um dos principais desafios é a falta de recursos adequados. Muitas organizações não alocam recursos suficientes para programas de saúde mental, o que limita a capacidade dos enfermeiros de implementar intervenções eficazes. A escassez de recursos pode incluir falta de financiamento, pessoal insuficiente e carência de materiais e ferramentas necessárias para conduzir avaliações e oferecer suporte contínuo (Rmadi et al., 2021).

A resistência cultural também é um obstáculo significativo. Em muitas organizações, ainda existe uma cultura de estigma em torno da saúde mental, o que pode impedir os trabalhadores de buscar ajuda e participar de programas de bem-estar. Essa resistência pode se manifestar na forma de atitudes negativas em relação aos problemas de saúde mental, falta de apoio da gestão e relutância dos trabalhadores em se envolver em discussões abertas sobre suas necessidades de saúde mental (Franklin e Gkiouleka, 2021). Superar essa resistência requer esforços contínuos de sensibilização e educação para mudar percepções e criar um ambiente de trabalho mais acolhedor e inclusivo.

Outro desafio importante é a subvalorização da saúde mental no ambiente corporativo. Muitas empresas priorizam a produtividade e os resultados financeiros em detrimento do bem-estar dos trabalhadores. Essa subvalorização se reflete na falta de políticas e práticas robustas voltadas para a saúde mental e na ausência de uma abordagem holística que integre a saúde mental na estratégia geral da organização (Kowalczuk, Krajewska-Kułak, e Sobolewski, 2017). A promoção da saúde mental precisa ser reconhecida como um componente essencial para o sucesso organizacional a longo prazo.

A pandemia de COVID-19 trouxe novos desafios e exacerbou os problemas de saúde mental. O aumento da carga de trabalho, a incerteza constante e o isolamento social contribuíram para níveis elevados de estresse e burnout entre os trabalhadores, especialmente os profissionais de saúde. Os enfermeiros, em particular, enfrentaram uma carga de trabalho significativamente aumentada ao mesmo tempo que lidavam com seus próprios medos e ansiedades relacionados à pandemia (Soto-Rubio, Giménez-Espert, e Prado-Gascó, 2020). As demandas adicionais de cuidar de pacientes com COVID-19 e a necessidade de adaptar rapidamente as práticas de trabalho criaram um ambiente ainda mais desafiador para a gestão de riscos psicossociais.

Enfrentar esses desafios exige uma abordagem multifacetada que inclua o aumento dos recursos disponíveis, a mudança cultural e a valorização da saúde mental como uma prioridade organizacional. É essencial que as organizações invistam em programas de saúde mental e criem um ambiente de trabalho que apoie ativamente o bem-estar dos trabalhadores. Isso inclui oferecer treinamento contínuo, promover uma cultura de aceitação e suporte e garantir que os trabalhadores tenham acesso aos recursos e ao apoio necessários para manter sua saúde mental.

Tendências Futuras

As tendências futuras indicam uma crescente valorização do papel dos enfermeiros na gestão da saúde mental no trabalho. Com o aumento do reconhecimento da importância da saúde mental para o bem-estar geral e a produtividade dos trabalhadores, as organizações estão cada vez mais investindo em iniciativas que promovam a saúde mental e integrem essas práticas em seus processos organizacionais.

Uma das áreas em expansão é a telemedicina. As consultas virtuais e o suporte remoto têm se mostrado eficazes na prestação de cuidados de saúde mental,

especialmente em situações em que o acesso físico a serviços de saúde é limitado. A telemedicina permite que os enfermeiros ofereçam aconselhamento e suporte psicológico a distância, aumentando o alcance dos serviços e facilitando o acesso dos trabalhadores ao suporte necessário (Franklin e Gkiouleka, 2021). Além disso, a telemedicina pode ser utilizada para monitorar continuamente o bem-estar dos trabalhadores, proporcionando intervenções rápidas quando necessário.

Os programas de bem-estar digital também estão ganhando destaque. Essas plataformas digitais oferecem uma variedade de recursos, como aplicativos de meditação, programas de exercício físico online, workshops de gestão do estresse e outras ferramentas de bem-estar que os trabalhadores podem acessar a qualquer momento. Os enfermeiros desempenham um papel crucial no desenvolvimento e na recomendação desses recursos digitais, ajustando-os às necessidades específicas dos trabalhadores e das organizações (Soto-Rubio, Giménez-Espert, e Prado-Gascó, 2020).

Outra tendência importante é a integração de práticas de saúde mental nos processos organizacionais. Isso inclui a incorporação de políticas de saúde mental nos planos estratégicos das empresas, a criação de comitês de bem-estar e a inclusão de métricas de saúde mental nos indicadores de desempenho organizacional. Os enfermeiros, com sua expertise em saúde, podem ajudar a liderar esses esforços, garantindo que as práticas de saúde mental sejam implementadas de forma eficaz e sustentável (Pousa e Lucca, 2021).

A formação contínua e o desenvolvimento de novas competências serão essenciais para que os enfermeiros possam enfrentar os desafios emergentes e continuar a promover a saúde mental de forma eficaz. Isso inclui treinamento em novas tecnologias de saúde, técnicas avançadas de gestão de estresse e intervenções psicossociais inovadoras. A educação contínua garantirá que os enfermeiros estejam preparados para adaptar-se às mudanças no ambiente de trabalho e oferecer o melhor suporte possível aos trabalhadores (Kowalczuk, Krajewska-Kułak, e Sobolewski, 2017).

Portanto, as tendências futuras na gestão da saúde mental no trabalho destacam a importância crescente dos enfermeiros e a necessidade de inovar e expandir as práticas de bem-estar. Com investimentos contínuos em formação e desenvolvimento de competências, os enfermeiros continuarão a ser pilares essenciais na promoção da saúde mental e na criação de ambientes de trabalho saudáveis e produtivos.

CONCLUSÃO

Em resumo, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prevenção e gestão de riscos psicossociais no ambiente de trabalho. Sua atuação é crucial em várias frentes: na identificação precoce dos riscos, na implementação de programas de bem-estar e no fornecimento de suporte contínuo aos trabalhadores. Essas atividades são essenciais para promover a saúde mental dos trabalhadores e melhorar o ambiente organizacional como um todo.

A identificação de riscos psicossociais por meio de avaliações periódicas, entrevistas e observações diretas permite uma compreensão abrangente das condições de trabalho e das necessidades dos funcionários. Com essas informações, os enfermeiros podem desenvolver e ajustar intervenções que sejam eficazes e direcionadas às áreas de maior necessidade.

A implementação de programas de bem-estar, que incluem atividades físicas, sessões de meditação, workshops de gestão do estresse e campanhas de sensibilização, é outra área crucial em que os enfermeiros se destacam. Esses programas ajudam a criar um ambiente de trabalho mais saudável e a reduzir os níveis de estresse, ansiedade e burnout entre os trabalhadores.

Além disso, o suporte contínuo oferecido pelos enfermeiros, através de aconselhamento, suporte emocional e encaminhamento para serviços especializados, garante que os trabalhadores recebam a ajuda necessária para enfrentar desafios pessoais e profissionais. Esse suporte é vital para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e resiliência, permitindo que os trabalhadores mantenham sua saúde mental mesmo em situações adversas.

Para que essas ações sejam efetivas, é essencial que as empresas invistam na formação e valorização desses profissionais. Garantir que os enfermeiros tenham acesso aos recursos necessários para exercer suas funções plenamente é fundamental para a manutenção de um ambiente de trabalho saudável. Isso inclui investimento em formação contínua, desenvolvimento de novas competências e a alocação de recursos suficientes para programas de saúde mental.

A saúde mental no trabalho não é apenas uma questão de bem-estar individual, mas também um fator crítico para a produtividade e a sustentabilidade organizacional. Empresas que investem na saúde mental de seus trabalhadores colhem os benefícios de

uma força de trabalho mais saudável, produtiva e engajada. Portanto, o papel dos enfermeiros na promoção da saúde mental no trabalho deve ser reconhecido e apoiado como uma prioridade estratégica para qualquer organização que aspire ao sucesso a longo prazo.

REFERÊNCIAS

BERNAL, D.; CAMPOS-SERNA, J.; TOBÍAS, A.; VARGAS-PRADA, S.; BENAVIDES, F.; SERRA, C. Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, v. 52, n. 2, p. 635-648, 2015.

CELESTINO, A.; PEREIRA, J.; SANTOS, H. Intervenções para a Promoção de um Ambiente de Trabalho Saudável. *Revista de Saúde Ocupacional*, v. 25, n. 3, p. 67-78, 2020.

FRANKLIN, P.; GKIOULEKA, A. A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, 2021.

JOSHUA, R. Psychosocial hazards among nurses. *International Journal of Nursing Research and Practice (IJNRP)*, 2019.

KOWALCZUK, K.; KRAJEWSKA-KUŁAK, E.; SOBOLEWSKI, M. The Reciprocal Effect of Psychosocial Aspects on Nurses' Working Conditions. *Frontiers in Psychology*, v. 8, 2017.

LEE, S.-J.; FAUCETT, J.; GILLEN, M.; KRAUSE, N.; LANDRY, L. Risk Perception of Musculoskeletal Injury Among Critical Care Nurses. *Nursing Research*, v. 62, p. 36-44, 2013.

MULLEN, A. Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, v. 18, n. 2, p. 83-90, 2009.

OLIVEIRA, E.; PEREIRA, A.; SANTOS, M. Programas de Educação e Treinamento para Saúde Mental no Trabalho. *Revista de Saúde Ocupacional*, v. 19, n. 2, p. 45-58, 2013.

POUSA, P. C.; LUCCA, S. Psychosocial factors in nursing work and occupational risks: a systematic review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, supl. 3, e20200198, 2021.

RMADI, N.; KOTTI, N.; MASMOUDI, R.; DHOUIB, F.; LOUKIL, K.; HAMMAMI, K.; MASMOUDI, M.; MASMOUDI, J.; HAJJEJI, M. Psychosocial risks and the occurrence of work-related accidents. *European Psychiatry*, v. 64, p. S390-S391, 2021.

SOTO-RUBIO, A.; GIMÉNEZ-ESPERT, M. C.; PRADO-GASCÓ, V. Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, Job Satisfaction, and Nurses' Health

during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, 2020.

Capítulo 3

ADESÃO AO TRATAMENTO COM ANTIDIABÉTICOS ORAIS NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Jennyfer Caroline Reis Videira
Anna Francesca Colonello Pennacchi
Maria Clara Macarini Silva
Livia Ribeiro de Oliveira
Júlia Portela Franceschi
Lara de Brito Junqueira
Marina Paduan Remelli
Sabrina Ferreira Akiyama
Guilherme Ribeiro Ferreira

ADESÃO AO TRATAMENTO COM ANTIDIABÉTICOS ORAIS NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Jennyfer Caroline Reis Videira
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)
jennyferreis@outlook.com

Anna Francesca Colonello Pennacchi
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)
a.francesca@hotmail.com

Maria Clara Macarini Silva
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)
mcmacarini@hotmail.com

Livia Ribeiro de Oliveira
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)
liviiaaribeiro@hotmail.com

Júlia Portela Franceschi
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)
juliafranceschi@hotmail.com

Lara de Brito Junqueira
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)
larabjunqueira@outlook.com

Marina Paduan Remelli
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)
marinaremelli@yahoo.com.br

Sabrina Ferreira Akiyama

Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)

Sassaakiyama@hotmail.com

Guilherme Ribeiro Ferreira

Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)

guilhermemedpp@gmail.com

RESUMO

Diabetes mellitus tipo 2 é a doença metabólica caracterizada por hiperglicemia crônica devido ao quadro de resistência à insulina e secreção inadequada de insulina. No ano de 2017 no Brasil, a prevalência de diabetes mellitus foi de 4,4%, enquanto a mortalidade prematura e as complicações atribuídas à doença foram responsáveis por 28.556 anos de vida ajustados por incapacidade. O objetivo da presente revisão foi investigar os fatores que determinam a adesão ao tratamento com antidiabéticos orais na população brasileira. A pesquisa foi conduzida na base de dados PubMed, utilizando a estratégia de busca [(type 2 diabetes[Title/Abstract]) AND (brazil[Title/Abstract])]. Os critérios de elegibilidade foram a disponibilidade do texto, delineamento, ano e idioma de publicação, sendo incluídas apenas obras com texto completo gratuito, publicadas em inglês ou português, entre os anos de 2014 e 2024. No dia 24 de fevereiro de 2024, a busca na base de dados resgatou 380 resultados, dos quais 174 atendiam aos critérios de elegibilidade e apenas 7 foram selecionados para compor a literatura de base da revisão. Apesar de o acesso integral aos medicamentos hipoglicemiantes ser próximo a 98% em território nacional, a adesão integral ao tratamento permanece extremamente baixa (2%). Os principais determinantes desse cenário são relacionados ao próprio paciente, como falta de compreensão da doença e da necessidade do tratamento, múltiplas comorbidades, uso de vários medicamentos, efeitos adversos, baixa escolaridade e obesidade. Dessa forma, é de suma importância que as novas diretrizes para o manejo do DM2 no Brasil destaquem estratégias de educação em saúde e detalhem medidas para promoção da autonomia dos pacientes no cuidado. Somente assim, melhores resultados e prognósticos serão observados para o diabetes mellitus tipo 2 no Brasil.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2. Medicamento Antidiabético. Adesão ao Tratamento Medicamentoso.

ABSTRACT

Type 2 diabetes mellitus is a metabolic disease characterized by chronic hyperglycemia due to insulin resistance and inadequate insulin secretion. In 2017 in Brazil, the prevalence of diabetes mellitus was 4.4%, while premature mortality and complications attributed to the

disease were responsible for 28,556 disability-adjusted life years. The objective of the present review was to investigate the factors that determine adherence to treatment with oral antidiabetics in the Brazilian population. The search was conducted in the PubMed database, using the search strategy [(type 2 diabetes[Title/Abstract]) AND (brazil[Title/Abstract])]. The eligibility criteria were the availability of the text, design, year and language of publication, with only works with free full text, published in English or Portuguese, between 2014 and 2024 being included. On February 24, 2024, the Searching the database retrieved 380 results, of which 174 met the eligibility criteria and only 7 were selected to form the base literature for the review. Although full access to hypoglycemic medications is close to 98% nationwide, full adherence to treatment remains extremely low (2%). The main determinants of this scenario are related to the patient himself, such as lack of understanding of the disease and the need for treatment, multiple comorbidities, use of several medications, adverse effects, low education and obesity. Therefore, it is extremely important that the new guidelines for the management of DM2 in Brazil highlight health education strategies and detail measures to promote patients' autonomy in care. Only in this way will better results and prognoses be observed for type 2 diabetes mellitus in Brazil.
Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus. Antidiabetic Medication. Adherence to Medication Treatment.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é a doença metabólica diagnosticada a partir de exames simples que demonstram a hiperglicemia crônica nos pacientes, como a dosagem da glicemia plasmática em jejum e da hemoglobina glicada (HbA1c). Existem múltiplos processos etiológicos capazes de determinar as alterações no metabolismo intermediário de carboidratos, proteínas e lipídios características do DM2. Enquanto o principal mecanismo etiológico no diabetes mellitus tipo 1 é a destruição autoimune das células beta presentes nas ilhotas pancreáticas, no DM2 observa-se resistência à insulina e secreção inadequada de insulina[1].

A insulina é um importante hormônio que permite a entrada de moléculas de glicose no interior de células e sua utilização como fonte energética ao tecido muscular esquelético, hepático e adiposo. A insulina estimula a síntese de glicogênio e inibe o catabolismo proteico no tecido muscular, enquanto no tecido adiposo estimula a lipogênese e inibe a lipólise, e no tecido hepático inibe a gliconeogênese e a oxidação de ácidos graxos, além de estimular a lipogênese e a glicogênese. A função primária da

insulina é regular o metabolismo celular e regular a expressão gênica por induzir a fosforilação de proteínas FOX, importantes fatores de transcrição, levando à inibição da autofagia muscular e degradação proteica, regulação da diferenciação de adipócitos e redução da gliconeogênese hepática[2].

O principal substrato fisiopatológico do DM2 é a resistência à insulina, determinada por fatores extrínsecos como alterações no tecido adiposo, metabólitos circulantes, mediadores inflamatórios e o microbioma intestinal, além de fatores intrínsecos relacionados à predisposição genética e epigenética. Na síndrome metabólica, obesidade e dislipidemias a resistência insulínica surge devido ao estado inflamatório sistêmico, liberação de ácidos graxos livres e desregulação de adipocinas. O acúmulo de lipídios ectópicos no tecido muscular e hepático levam à liberação de metabólitos intermediários como ceramidas e diacilgliceróis, mediadores que comprometem a ativação dos receptores da insulina, assim como os ácidos graxos livres na circulação. O desenvolvimento do tecido adiposo e o estado inflamatório associado recrutam macrófagos secretores de TNF-alfa e IL-6, citocinas que ativam receptores pró-inflamatórios e intensificam a resistência à insulina[2].

Com a captação prejudicada da glicose pelos tecidos resistentes à insulina, surge um quadro de hiperglicemia sustentado que estimula intensamente as células beta pancreáticas a secretarem insulina. Com o tempo, essas células entram em exaustão e falência progressiva, levando à diminuição do volume de células beta e aumento das células alfa pancreáticas secretoras de glucagon. Essa importante alteração da composição das ilhotas pancreáticas é determinada principalmente pela transdiferenciação celular, em que as células beta são induzidas a se diferenciarem em células alfa, mecanismo proposto após serem constatadas taxas mínimas de apoptose e necrose de células beta. Outra característica patológica do DM2 é o depósito de polipeptídeo amiloide (ou amilina) nas ilhotas pancreáticas em resposta à hiperglicemia constante, alteração histológica que contribui para a menor secreção de insulina por substituição do volume de células beta por conteúdo amiloide[3,4].

Existe uma complexa interação entre fatores de risco que determinam o desenvolvimento de DM2, como o importante componente poligênico e os mais de 75 loci de suscetibilidade relacionados. Os fatores de risco mais importantes para o DM2 são a obesidade, sedentarismo, dieta rica em alimentos processados e bebidas açucaradas, disbiose intestinal e idade avançada[5,6]. Outros fatores de risco conhecidos são a

hipertensão sistólica, dislipidemias com aumento dos níveis séricos de triglicerídeos ou LDL-c, distúrbios do sono, diabetes gestacional, menarca tardia, prematuridade, síndrome metabólica, tabagismo e etilismo, além de aumento nos níveis séricos de biomarcadores como alanina aminotransferase, gama-glutamil transferase, ácido úrico e proteína C reativa[7,8].

Para diagnóstico de DM2, utiliza-se de exames como a glicemia de jejum ou após uma sobrecarga com 75 gramas de glicose (teste oral de tolerância à glicose – TOTG) e os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) que refletem os níveis médios de glicose integrada à hemoglobina nas últimas 8 a 12 semanas. Os critérios para o diagnóstico são: glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL, glicemia ≥ 200 mg/dL duas horas após um sobrecarga com 75 gramas de glicose ou HbA1c ≥ 6,5%[9]. Como são exames de baixo custo e acesso facilitado, é fundamental implementar o rastreio de DM2 em indivíduos de risco, incluindo adultos com 45 anos ou mais, sobrepeso ou obesidade, ou fatores de risco para DM2 como: história de DM2 em parentes de primeiro grau, etnias de alto risco, história pessoal de doença cardiovascular ou diabetes gestacional, hipertensão arterial, síndrome dos ovários policísticos, sedentarismo, pré-diabetes, acantose nigricans, infecção pelo HIV ou hipertrigliceridemia[10].

A abordagem farmacológica é apenas parcialmente efetiva no tratamento do DM2 à longo prazo, sendo indispensável que mudanças drásticas no estilo de vida ocorram para o adequado controle da doença. A atividade física diária está associada ao controle glicêmico no DM2 e à prevenção de outras doenças crônicas como dislipidemias e hipertensão arterial. Também é necessária a mudança dietética com limitação do consumo de alimentos açucarados, frituras e carnes vermelhas, e aumento da ingesta de vegetais, fibras e frutas ricas em nutrientes, de preferência divididos em várias refeições pequenas ao longo do dia[11].

O tratamento farmacológico do DM2 não-insulinodependente pode ser feito com várias classes de medicamentos, como os secretagogos de insulina (sulfoniluréias e metiglinidas), biguanidas, glitazonas ou agonistas de receptores ativados por proliferadores de peroxissoma (PPAR), inibidores da alfa-glucosidase, incretinomiméticos e inibidores de SGLT2. As sulfoniluréias são fármacos que se ligam aos receptores de sulfoniluréia do canal de potássio sensível ao ATP, promovendo a secreção de insulina pelas células beta-pancreáticas. Os principais exemplos são a Tolbutamida, Clorpropamida, Glibenclamida e Gliclazida. Os efeitos adversos mais

comuns das sulfoniluréias são hipoglicemia, tonturas, sudorese, confusão, ganho de peso e desconforto gástrico. As biguanidas (Metformina) atuam reduzindo a absorção intestinal de glicose e a gliconeogênese hepática, além de aumentar a atividade dos receptores de insulina e a resposta do organismo à insulina endógena. São fármacos que provocam desconforto gastrointestinal, diarreia, cólicas, náuseas e vômitos, além de prejudicarem a absorção de vitamina B12 à longo prazo. Apesar disso, não causam hipoglicemia ou ganho de peso, têm propriedades vasoprotetoras e diminuem os níveis de triglicerídeos[12].

As glitazonas são sensibilizadores de insulina que possuem efeito agonista de receptores ativados por proliferadores de peroxissoma (PPAR) gama, específico para a homeostase da glicose, que melhora a captação de glicose pelos músculos esqueléticos e prolongam o tempo necessário para a gliconeogênese ocorrer. Os principais representantes do grupo são a Pioglitazona e a Ciglitazona, fármacos associados a edema, ganho de peso, insuficiência cardíaca e hipoglicemia, além de redução do hematócrito e dos níveis de hemoglobina. Inibidores da alfa-glucosidase (acarbose e miglitol) são antidiabéticos orais de primeira linha para o tratamento do DM2 porque retardam a absorção de carboidratos no trato gastrointestinal, o que proporciona redução da hiperglicemia pós-prandial e aumenta os níveis de GLP-1 após as refeições, o que atrasa a digestão e diminui o apetite. Os principais efeitos adversos são a distensão abdominal e flatulência, e as medicações desse grupo são contraindicadas em portadores de doença inflamatória intestinal[12].

Incretinas são hormônios liberados após as refeições para estimular a saciedade e a regulação da glicemia pós-prandial, sendo GLP-1 a principal incretina, secretada pelas células L do intestino e com meia vida de apenas 2 minutos devido ao rápido metabolismo realizado pelas enzimas dipeptidil peptídeo-IV (DPP-IV). Os incretinomiméticos do grupo dos agonistas ou análogos da GLP-1, como Liraglutide, Lixisenatido e Dulaglutide, são fármacos projetados para o tratamento da DM2, aumentando a secreção de insulina e inibindo a liberação de glucagon. Por fim, os inibidores do cotransportador de sódio e glicose (ISGLT2) são fármacos que impedem a reabsorção de glicose nos túbulos contorcidos proximais, aumentando a excreção de glicose através da urina, sendo os principais exemplos a Dapagliflozina, Canagliflozina e Empagliflozina[12].

No ano de 2020 foi publicada uma portaria com o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 no Sistema

Único de Saúde (SUS) no Brasil. A linha de cuidados para o DM2 proposta pelo Ministério da Saúde é voltada para os serviços de Atenção Primária à Saúde, com estratégias relacionadas à prevenção primária, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento ambulatorial e prevenção de complicações. Para o tratamento medicamentoso, o SUS disponibiliza gratuitamente para pacientes com DM2 a Metformina, Glibenclamida, Gliclazida e Dapaglifozina. Apesar das orientações para o tratamento não-medicamentoso e insumos para o tratamento medicamentoso disponíveis gratuitamente pelo SUS, para um manejo efetivo do DM2 é imprescindível que os pacientes utilizem as medicações antidiabéticas corretamente[13].

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em 2019, estima-se que 437,9 milhões de pessoas apresentavam diagnóstico de DM2 em todo o mundo, foram estimados 66,3 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade e 1,47 milhões de óbitos foram atribuídos ao DM2. Na América Latina, foi registrada uma prevalência padronizada por idade de 8505,6 casos de DM2 para cada 100 mil habitantes e 44,6 óbitos por DM2 para cada 100 mil habitantes, representando, junto com a Oceania, os maiores números de registros relacionados ao DM2 em todo o mundo[14].

No Brasil, a prevalência de diabetes mellitus foi de 4,4% em 2017, sendo 96,0% do tipo 2. Nas últimas três décadas, os estados da região Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país sofreram os maiores aumentos percentuais na prevalência de casos de DM2. Ainda em 2017, a mortalidade prematura e as incapacidades atribuídas ao DM2 foram responsáveis por 28.556 anos de vida ajustados por incapacidade para cada 100 mil brasileiros, considerando as principais complicações do DM2, como neuropatia diabética, retinopatia diabética, doenças cardiovasculares, doença renal crônica, catarata e glaucoma[15]. Considerando a importância epidemiológica, o objetivo da presente revisão foi investigar os fatores que determinam a adesão ao tratamento com antidiabéticos orais na população brasileira.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente revisão narrativa seguiu as recomendações adaptadas da diretriz *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysiss* (PRISMA)[16]. A

pergunta direcionadora da pesquisa foi: quais os fatores que determinam a adesão ao tratamento com antidiabéticos orais no Brasil?

A busca foi conduzida na base de dados PubMed alocada no *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), utilizando a estratégia de busca [(type 2 diabetes[Title/Abstract]) AND (brazil[Title/Abstract])]. Os critérios de elegibilidade foram a disponibilidade do texto, delineamento, ano e idioma de publicação, sendo incluídas apenas obras com texto completo gratuito, publicadas em inglês ou português, entre os anos de 2014 e 2024, cujo delineamento fosse revisão sistemática ou revisão simples, meta-análise, ensaio clínico randomizado ou triagem clínica.

Todas as obras resgatadas foram avaliadas para identificar os estudos que atendiam aos critérios de elegibilidade. Em seguida, foi conduzida a triagem das obras de acordo com a pertinência de seus respectivos títulos e resumos. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e submetidos a uma análise crítica para apurar o rigor metodológico, sendo priorizadas as evidências obtidas em meta-análise e revisão sistemática, para posterior contemplação de estudos com outras metodologias.

Foram extraídos e registrados em tabelas os seguintes dados das obras: título, periódico, autoria, país e ano de publicação, objetivo da pesquisa, resultados, conclusões e limitações. As evidências relevantes foram categorizadas e revisadas para correção de possíveis erros de transcrição. Por fim, após a interpretação e síntese das evidências, foi redigida uma discussão para descrição narrativa de todas as informações sobre os fatores que determinam a adesão ao tratamento com antidiabéticos orais no Brasil.

RESULTADOS

No dia 24 de fevereiro de 2024, a busca na base de dados resgatou 380 resultados. A triagem utilizando os critérios de inclusão proporcionou 174 artigos. Por fim, 7 estudos foram selecionados para compor a literatura de base da presente revisão, os quais se encontram identificados no quadro 1.

Quadro 1 – Identificação dos artigos selecionados de acordo com ano, autoria, periódico e objetivo principal da pesquisa.

Ano	Autoria	Periódico	Objetivo
2014	Faria HTG *et al*.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e para diabetes em unidades da Estratégia de Saúde da Família
2015	Cani CG *et al*.	Clinics	Avaliar o impacto de um programa de farmácia clínica sobre a adesão medicamentosa e automanejo do diabetes tipo 2
2017	Costa AF *et al*.	Cadernos de Saúde Pública	Descrever as pessoas com diabetes no Brasil e comparar suas características sociodemográficas, o acesso e a adesão autorreferida aos medicamentos prescritos
2017	Vêncio S *et al.*	Diabetology and Metabolic Syndrome	Compreender e avaliar as percepções e rotinas de brasileiros com DM2 e médicos, em comparação com outros países
2020	Saraiva SEM *et al*.	Journal of Diabetes and Metabolic Disorders	Avaliar fatores relacionado à não adesão ao tratamento com hipoglicemiantes orais em pacientes com acesso pleno às medicações
2022	Oliveira REM *et al*.	Diabetology International	Estimar a prevalência e as variáveis associadas à adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes mellitus tipo 2 em idosos
2022	Portela RA *et al*.	Revista Brasileira de Enfermagem	Analisar as variáveis sociodemográficas e clínicas relacionadas com a adesão às atividades de autocuidado em pessoas com diabetes tipo 2

Adesão medicamentosa

O manejo adequado do DM2 envolve a terapia farmacológica e mudanças no estilo de vida, como a prática de atividades físicas, controle dietético, perda de peso e cessação do tabagismo. Devido ao caráter crônico da doença, não há perspectiva de cura, então as mudanças no estilo de vida e o uso de antidiabéticos orais são permanentes, sendo de suma importância a participação do paciente no cuidado continuado, para reduzir o risco de complicações e eventos adversos[17].

A adesão medicamentosa é a escolha do paciente em praticar as prescrições medicamentosas, conforme as recomendações médicas acerca da posologia, dosagem, frequência e via de administração dos medicamentos. Em várias situações a indisponibilidade ou incapacidade de adquirir os medicamentos é o principal determinante para a não adesão aos tratamentos, porém inquéritos recentes demonstraram que a maioria dos brasileiros com DM2 tem acesso aos medicamentos sem quaisquer custos (70,7%), evidenciando a importância de outros fatores para a não adesão ao tratamento. O reconhecimento e o manejo de tais fatores são componentes indispensáveis das diretrizes mais recentes para o tratamento do DM2, porque permitem o planejamento e otimização das intervenções, além da elaboração de estratégias para prevenção do abandono do tratamento[17].

As limitações mais consistentes à adesão medicamentosa no DM2 são relacionadas ao próprio paciente, como falta de compreensão da doença e da importância do tratamento, terapia com vários medicamentos, sedentarismo e obesidade. Os pacientes que, de maneira intencional, não praticam atividades físicas ou controle dietético, que são medidas fundamentais para o controle adequado da doença, também são mais propensos a não adesão ao tratamento medicamentoso. O acúmulo de comorbidades, como hipertensão arterial e depressão, está relacionado ao maior número de medicamentos utilizados, barreira já reconhecida à adesão. A própria adição de um segundo fármaco para o tratamento do DM2 (como Metformina e uma sulfoniluréia) contribui para a redução da adesão medicamentosa[18].

Estima-se que a adesão ao tratamento para DM2 no Brasil seja próxima a 50%, existindo associações positivas entre a adesão medicamentosa e faixas etárias avançadas, escolaridade de ao menos 1 a 4 anos, autopercepção da patologia, diagnóstico apenas de DM2, peso normal, monoterapia, ausência de efeitos adversos, uso diário de uma única medicação em várias doses e padronização dos horários de administração. Além destas variáveis relacionadas ao paciente, vale destacar que o DM2 é uma condição sensível à saúde pública, já que o manejo efetivo em atenções básicas de saúde evita hospitalizações e mortes como complicações da doença[19,20].

O Brasil considera o DM uma das prioridades para as políticas públicas de saúde desde o ano de 2001, e atualmente conta com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil para sistematizar o cuidado do paciente com DM2 a partir de ações integradas e coordenadas, tendo como

base as unidades da atenção primária à saúde. De acordo com dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) de 2014, o acesso integral aos medicamentos hipoglicemiantes foi próximo a 98%, sem diferenças significativas quanto a macrorregião do país, escolaridade, etnia, sexo, faixa etária, país e nível socioeconômico. A adesão integral ao tratamento foi extremamente baixa (2%), sendo a maior parte dos pacientes classificados como provável baixa adesão (71%) ou baixa adesão (17,2%)[21].

Estratégias para melhorar a adesão

É fato que, apesar da disponibilidade gratuita dos medicamentos usados para o tratamento do DM2, a adesão medicamentosa permanece baixa, comprometendo a eficácia terapêutica e contribuindo para desfechos adversos. O manejo do DM2 é complexo e exige uma atenção multidisciplinar contínua, sendo indispensável que o paciente se esforce para um autogerenciamento mais eficiente, esteja informado e envolvido nas estratégias terapêuticas, para assumir um papel ativo em seu cuidado. Dessa forma, é indispensável que a equipe de saúde ofereça a educação em saúde continuada para facilitar a aquisição de conhecimento, competência e habilidades pelo paciente para seu próprio manejo[22].

Uma ferramenta que pode ser utilizada no processo de educação em saúde é o plano de cuidados individualizado, que deve ser elaborado na primeira consulta a partir das necessidades identificadas. No plano de cuidados se descreve orientações detalhadas e de fácil entendimento (considerando o nível educacional do paciente) sobre as indicações, dosagens, efeitos colaterais e armazenamento das medicações utilizadas. Também é importante apresentar orientações escritas sobre padrões dietéticos, prática de exercícios físicos, informações básicas sobre complicações agudas e crônicas do DM2, instruções para inspeção regular dos pés e a importância do monitoramento da glicemia em domicílio ou na unidade de atenção primária em saúde. Tais intervenções podem melhorar a adesão medicamentosa de maneira significativa, com impacto proporcional nos valores de HbA1c[22,23].

O autocuidado é de responsabilidade do paciente, mas cabe aos profissionais da saúde desenvolver atividades que instruam os indivíduos sobre a importância desse cuidado e como realiza-lo. Quando a autonomia do paciente é percebida e potencializada,

reconhecendo seu papel central na atenção à sua própria saúde, criando estratégias individualizadas e baseadas em suas fragilidades, cria-se uma motivação substancial para o autocuidado, que também contribui com a adesão ao tratamento medicamentoso[23].

DISCUSSÃO

O objetivo da presente revisão foi investigar os fatores que determinam a adesão ao tratamento com antidiabéticos orais na população brasileira. Como pontos fortes, investigamos toda a literatura nacional disponível e atualizada, utilizando critérios de elegibilidade rigorosos e considerando os vieses de cada artigo revisado. Como limitações, vale ressaltar que a maioria dos estudos incluídos apresentava pequeno tamanho amostral e a utilização de diferentes questionários para avaliação da adesão medicamentosa. Em revisões semelhantes, observa-se que o paciente é o principal responsável pela falta de adesão medicamentosa, assim como a falta de apoio social e da percepção de autocuidado[24,25].

O acesso integral aos medicamentos hipoglicemiantes foi próximo a 98%, sem diferenças significativas quanto a macrorregião do país, escolaridade, etnia, sexo, faixa etária, país e nível socioeconômico. A adesão integral ao tratamento foi extremamente baixa (2%), sendo a maior parte dos pacientes classificados como provável baixa adesão (71%) ou baixa adesão (17,2%). As limitações mais consistentes à adesão medicamentosa são relacionadas ao próprio paciente, como falta de compreensão da doença e da importância do tratamento, terapia com vários medicamentos, sedentarismo e obesidade. O acúmulo de comorbidades está relacionado ao maior número de medicamentos, e a própria adição de um segundo fármaco para o tratamento do DM2 contribui para a redução da adesão.

Estima-se que a adesão ao tratamento para DM2 no Brasil seja próxima a 50%, existindo associações positivas com faixas etárias avançadas, escolaridade, diagnóstico apenas de DM2, peso normal, monoterapia, ausência de efeitos adversos, uso diário de uma única medicação e padronização dos horários de administração.

Uma ferramenta que pode ser utilizada no processo de educação em saúde é o plano de cuidados individualizado, que deve ser elaborado na primeira consulta a partir das necessidades identificadas. No plano de cuidados se descreve orientações detalhadas e de fácil entendimento sobre as indicações, dosagens, efeitos colaterais e

armazenamento das medicações utilizadas. Também é importante apresentar orientações escritas sobre padrões dietéticos, prática de exercícios físicos, informações básicas sobre complicações agudas e crônicas do DM2, instruções para inspeção regular dos pés e a importância do monitoramento da glicemia em domicílio ou na unidade de atenção primária em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de o acesso integral aos medicamentos hipoglicemiantes ser próximo a 98% em território nacional, a adesão integral ao tratamento permanece extremamente baixa (2%). Os principais determinantes desse cenário são relacionados ao próprio paciente, como falta de compreensão da doença e da necessidade do tratamento, múltiplas comorbidades, uso de vários medicamentos, efeitos adversos, baixa escolaridade e obesidade. Dessa forma, é de suma importância que as novas diretrizes para o manejo do DM2 no Brasil destaquem estratégias de educação em saúde e detalhem medidas para promoção da autonomia dos pacientes no cuidado. Somente assim, melhores resultados e prognósticos serão observados para o diabetes mellitus tipo 2 no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. PANDEY, Ankita; CHAWLA, Sheetal; GUCHHAIT, Prasenjit. Type-2 diabetes: current understanding and future perspectives. **IUBMB Life**, v. 67, n. 7, p. 506-513, jul. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1002/iub.1396. Acesso em: 14 fev. 2024.

2. BATISTA, Thiago M.; HAIDER, Nida; KAHN, C. Ronald. Defining the underlying defect in insulin action in type 2 diabetes. **Diabetologia**, v. 64, n. 5, p. 994-1006, 17 mar. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00125-021-05415-5. Acesso em: 14 fev. 2024.

3. MIZUKAMI, Hiroki; KUDOH, Kazuhiro. Diversity of pathophysiology in type 2 diabetes revealed by islet pathology. **Journal of Diabetes Investigation**, 25 set. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jdi.13679. Acesso em: 14 fev. 2024.

4. ALONGE, Kimberly M.; D'ALESSIO, David A.; SCHWARTZ, Michael W. Brain control of blood glucose levels: implications for the pathogenesis of type 2 diabetes. **Diabetologia**, v. 64, n. 1, p. 5-14, 12 out. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00125-020-05293-3. Acesso em: 11 fev. 2024.

5. GALICIA-GARCIA, Unai *et al.* Pathophysiology of type 2 diabetes mellitus. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 21, n. 17, p. 6275, 30 ago. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijms21176275. Acesso em: 11 fev. 2024.

6. SAIJO, Yuto *et al.* The risk factors for development of type 2 diabetes: panasonic cohort study 4. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 1, p. 571, 5 jan. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph19010571. Acesso em: 11 fev. 2024.

7. BELLOU, Vanesa *et al.* Risk factors for type 2 diabetes mellitus: an exposure-wide umbrella review of meta-analyses. **PLOS ONE**, v. 13, n. 3, p. e0194127, 20 mar. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194127. Acesso em: 14 fev. 2024.

8. DENDUP, Tashi *et al.* Environmental risk factors for developing type 2 diabetes mellitus: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 1, p. 78, 5 jan. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph15010078. Acesso em: 14 fev. 2024.

9. BABU, Shyamaladevi. An update on diagnosis and therapeutics for type-2 diabetes mellitus. **Bioinformation**, v. 19, n. 3, p. 295-298, 31 mar. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.6026/97320630019295. Acesso em: 14 fev. 2024.

10. COBAS, Roberta *et al.* Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. *In*: COBAS, Roberta *et al.* **Diretriz oficial da sociedade brasileira de diabetes**. 2022. ed. [*S. l.*]: Conectando Pessoas, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.29327/557753.2022-2. Acesso em: 11 fev. 2024.

11. BORSE, Swapnil P. *et al.* Management of type 2 diabetes: current strategies, unfocussed aspects, challenges and alternatives. **Medical Principles and Practice**, 20 ago. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1159/000511002. Acesso em: 14 fev. 2024.

12. PADHI, Santwana; NAYAK, Amit Kumar; BEHERA, Anindita. Type II diabetes mellitus: a review on recent drug based therapeutics. **Biomedicine & Pharmacotherapy**, v. 131, p. 110708, nov. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.biopha.2020.110708. Acesso em: 14 fev. 2024.

13. BAHIA, Luciana; ALMEIDA-PITITTO, Bianca De; BERTOLUCI, Marcello. Tratamento do diabetes mellitus tipo 2 no SUS. *In*: BAHIA, Luciana; ALMEIDA-PITITTO, Bianca De; BERTOLUCI, Marcello. **Diretriz da sociedade brasileira de diabetes**. 2023. ed. [*S. l.*]: Conectando Pessoas, 2023. ISBN 9788557229068. Disponível em: https://doi.org/10.29327/5238993.2023-11. Acesso em: 11 fev. 2024.

14. SAFIRI, Saeid *et al.* Prevalence, deaths and disability-adjusted-life-years (dalys) due to type 2 diabetes and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: results from the global burden of disease study 2019. **Frontiers in Endocrinology**, v. 13, 25 fev. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fendo.2022.838027. Acesso em: 11 fev. 2024.

15. DUNCAN, Bruce Bartholow *et al.* The burden of diabetes and hyperglycemia in Brazil: a global burden of disease study 2017. **Population Health Metrics**, v. 18, S1, set. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12963-020-00209-0. Acesso em: 11 fev. 2024.

16. PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, p. n71, 29 mar. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmj.n71. Acesso em: 11 fev. 2024.

17. SARAIVA, Emanuela Machado Silva *et al.* Medication non-adherence in patients with type 2 diabetes mellitus with full access to medicines. **Journal of Diabetes & Metabolic Disorders**, 13 ago. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s40200-020-00612-2. Acesso em: 24 fev. 2024.

18. VENCIO, Sérgio *et al.* Understanding the barriers and improving care in type 2 diabetes: brazilian perspective in time to do more in diabetes. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, v. 9, n. 1, 15 jun. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13098-017-0244-y. Acesso em: 24 fev. 2024.

19. OLIVEIRA, Rinaldo Eduardo Machado; UETA, Julieta Mieko; FRANCO, Laercio Joel. Variables associated with adherence to the treatment of type 2 diabetes mellitus among elderly people. **Diabetology International**, 17 jun. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s13340-021-00518-1. Acesso em: 24 fev. 2024.

20. FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes *et al.* Adherence to diabetes mellitus treatments in family health strategy units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 257-263, abr. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0080-623420140000200009. Acesso em: 24 fev. 2024.

21. MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo *et al.* Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 3, p. 445-459, jul. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030008. Acesso em: 24 fev. 2024.

22. CANI, Cg *et al.* Improvement in medication adherence and self-management of diabetes with a clinical pharmacy program: a randomized controlled trial in patients with type 2 diabetes undergoing insulin therapy at a teaching hospital. **Clinics**, v. 70, n. 2, p. 102-106, 28 fev. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.6061/clinics/2015(02)06. Acesso em: 24 fev. 2024.

23. PORTELA, Raquel de Aguiar *et al.* Diabetes mellitus type 2: factors related to adherence to self-care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0260. Acesso em: 24 fev. 2024.

24. HUANG, Jing *et al.* Medication adherence and associated factors in patients with type 2 diabetes: a structural equation model. **Frontiers in Public Health**, v. 9, 4 nov. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.730845. Acesso em: 24 fev. 2024.

25. ONWUCHULUBA, E; OYETUNDE, O; SOREMEKUN, R. Medication adherence in type 2 diabetes mellitus: a qualitative exploration of barriers and facilitators from socioecological perspectives. **Journal of Patient Experience**, v. 8, 1 jan. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1177/23743735211034338. Acesso em: 24 fev. 2024.

Capítulo 4

POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO E FORTALECIMENTO DA RAPS EM NATAL-RN: CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

Camila Gabryella Souza da Silva
Francisca Camila Bevenuto
Giliane Alves de Carvalho
José Elias do Nascimento
Luanna Bezerra de Freitas

POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO E FORTALECIMENTO DA RAPS EM NATAL-RN: CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

Camila Gabryella Souza da Silva
Graduanda em Serviço Social na UFRN
E-mail: gabryellacamila@gmail.com

Francisca Camila Bevenuto
Graduanda em Serviço Social na UFRN
E-mail: camila.bevenuto.703@gmail.com

Giliane Alves de Carvalho
Mestre em Serviço Social (UFRN)
E-mail: giliane.ac@hotmail.com

José Elias do Nascimento
Graduando em Serviço Social na UFRN
E-mail: elias.nascimento.081@ufrn.edu.br

Luanna Bezerra de Freitas
Graduanda em Serviço Social na UFRN
E-mail: luannabezerra51@gmail.com

RESUMO
A resolução n° 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), constitui importante contribuição para a reforma psiquiátrica. Entre suas diretrizes, ressalta o fechamento das Unidades Psiquiátricas de Custódia e Tratamento, para que o cuidado em saúde mental das pessoas em conflito com a lei se integre à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O Serviço Social, enquanto parte da equipe multiprofissional que atua na

RAPS, balizado por seu projeto ético-político, atua em prol dos direitos humanos e pela plena liberdade e autonomia dos sujeitos. Partindo desta direção social assumida hegemonicamente pela profissão, apontamos a necessidade de fortalecimento da RAPS no município de Natal-RN, para a aplicabilidade desta resolução, evidenciando o potencial do Serviço Social como categoria propulsora na defesa da luta antimanicomial. No Rio Grande do Norte, a Unidade Penitenciária de Tratamento e Custódia (UPCT) representa a materialização de uma perspectiva avessa à luta antimanicomial, pois não possibilita o cuidado em saúde mental pautado na integralidade e na construção de projetos terapêuticos singulares, respeitando a autonomia e a liberdade dos indivíduos em sua inserção na sociedade. É, portanto, permanente a necessidade de avaliarmos o potencial de contribuição do Serviço Social na luta antimanicomial, notadamente frente aos desafios presentes em âmbito nacional e local, quando consideramos os rebatimentos da desestruturação e desmonte das políticas de saúde mental, cuja contrarreforma ultraneoliberal impactou em um conjunto de retrocessos.
Palavras-chaves: CNJ. Reforma psiquiátrica. RAPS. Serviço Social.

ABSTRACT
The resolution No. 487/2023 of the National Council of Justice (CNJ) constitutes an important contribution to psychiatric reform. Among its guidelines, it highlights the closure of Psychiatric Custody and Treatment Units, so that mental health care for people in conflict with the law is integrated into the Psychosocial Care Network (RAPS). Social Service, as part of the multidisciplinary team that works at RAPS, guided by its ethical-political project, works in favor of human rights and the full freedom and autonomy of subjects. Starting from this social direction assumed hegemonically by the profession, we point out the need to strengthen RAPS in the municipality of Natal-RN, for the applicability of this resolution, highlighting the potential of Social Service as a driving category in the defense of the anti-asylum fight. In Rio Grande do Norte, the Penitentiary Treatment and Custody Unit (UPCT) represents the materialization of a perspective averse to the anti-asylum struggle, as it does not enable mental health care based on comprehensiveness and the construction of unique therapeutic projects, respecting autonomy and the freedom of individuals in their insertion in society. There is, therefore, a permanent need to evaluate the potential contribution of Social Service in the anti-asylum fight, notably in the face of the challenges present at national and local levels, when we consider the consequences of the destructuring and dismantling of mental health policies, whose ultra-neoliberal counter-reform impacted on a set of setbacks.
Keywords: NCJ. Psychiatric Reform.Psychosocial Care Network. Social Work.

1. INTRODUÇÃO

A igualdade formal preconizada pela Constituição Federal de 1988, em seu art. 5º, estabelece dentre tantos outros direitos, a salvaguarda da liberdade e, em seu inciso III, a proteção contra torturas e quaisquer formas de tratamento desumano ou degradante.

Tendo em conta esses direitos e garantias fundamentais, o princípio da dignidade humana (CF 1988, art. 1º, III) bem como a regulação quanto ao processo legal e a individualização das penas aos que se encontra em conflito com a lei, disposto no art. 5º da CF, em seu inciso XLVI, partimos das disposições emanadas pela resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), ***nº 487, de 15 de fevereiro de 2023***, que *Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança*, para apontar a necessidade de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no município de Natal-RN, e suas contribuições na aplicabilidade dessa resolução, sob a ótica do Serviço Social, a partir de sua atuação junto à equipe multiprofissional, frente ao processo de desinstitucionalização dos sujeitos egressos do sistema prisional, que requerem acompanhamento longitudinal da RAPS. Evidenciando assim, o potencial do Serviço Social como categoria propulsora na defesa da luta antimanicomial.

Se, politicamente, derrotamos nas últimas eleições um projeto ultraconservador e manicomial, precisamos ter a capacidade de repensar a RAPS e sua atuação no âmbito das nossas possibilidades concretas, para a reconstrução de ampliação de serviços substitutivos e de base territorial, que impactam de forma efetiva nas iniciativas de desinstitucionalização.

A despeito deste período de retrocessos, no Rio Grande do Norte, precisamos, sobretudo, problematizar o impacto causado com a possibilidade de manutenção, ampliação e/ou fechamento da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento do Rio Grande do Norte (UPCT), a partir de uma compreensão histórica a respeito das necessidades ampliadas das pessoas em sofrimento psíquico.

A UPCT representa a materialização de uma perspectiva avessa à luta antimanicomial, pois não possibilita o cuidado em saúde mental pautado na integralidade e na construção de projetos terapêuticos singulares, respeitando a autonomia e a liberdade dos indivíduos em sua inserção na sociedade.

É, portanto, permanente a necessidade de avaliarmos o potencial de contribuição do Serviço Social na luta antimanicomial, notadamente frente aos desafios presentes em âmbito nacional e local, quando consideramos os rebatimentos da desestruturação e desmonte das políticas de saúde mental, cuja contrarreforma ultraneoliberal implementada na gestão Bolsonaro impactou em um conjunto de retrocessos. E, para além de mudanças institucionalizadas, o legado ideológico deste período, associado ao aprofundamento da pobreza e desigualdades pela política adotada no trato da pandemia, catalisou o aprofundamento da questão social, com impactos deletérios na condição de vida e de saúde mental da população.

Neste sentido, nossa análise se espelha nas bandeiras da luta antimanicomial para a efetivação da reforma psiquiátrica brasileira, cujos marcos legais dão sustentação à direção ideopolítica da RAPS, enquanto espaço permanente de disputas na construção e defesa dos direitos e da dignidade das pessoas em sofrimento psíquico, o qual se vincula a direção social hegemônica do Serviço Social, em prol de uma sociedade livre de todas as formas de preconceito e discriminação, tendo a liberdade como valor central, em defesa da liberdade, autonomia e plena expansão dos indivíduos sociais (CFESS, 2012).

Assim, as possibilidades de intervenção de Assistentes Sociais no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no município de Natal-RN como objeto de análise expressa sua relevância, para lançarmos luz sobre as próprias contradições e limites do discurso hegemônico no âmbito do judiciário e da sociedade, que ao ressignificar as bandeiras de luta do movimento, instituindo o direito formal, se colocam antimanicomial, enquanto permanecem em estratégias de atuação que vão à contramão e não avançam na efetivação dos direitos humanos fundamentais.

2. O SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL NA HISTÓRIA: ONTEM E HOJE

A análise acerca da saúde mental remonta-nos a análise da "História da Loucura na Idade Clássica" que, segundo (FOUCAULT, 2002), configura-se como uma política que busca agir com medidas sanitaristas e higienistas sobre as camadas populares restringindo-lhes o direito de ir e vir e acentuando o rigor da moralidade da classe burguesa sobre os pobres.

É válido rememorar a luta histórica na *Política Nacional de Saúde Menta*l, haja vista seu passado cruel e seus traços de omissão social e desleixos profissionais em suas prisões

psiquiátricas. Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica no Brasil se torna um marco importante para garantia de direitos a grupos sociais historicamente violentados, tendo como base os Direitos Humanos e partindo do entendimento que os Direitos Humanos não são verdades universais, naturais e absolutas que devem conduzir a todos em qualquer contexto (AMORIM; NOBRE, 2014). Logo, a fim de garantir a dignidade da pessoa humana diagnosticada com algum transtorno mental, a *Lei 10.216* é instituída no Brasil em 2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com diagnóstico de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental.

A referida lei trouxe inúmeros avanços e efetividade ao que se propunha a Reforma Psiquiátrica, de modo a extinguir as instituições manicomiais e instalar serviços substitutivos de base, partindo do princípio da universalidade e integralidade da atenção em saúde, por meio de uma política de redução de danos, a qual visa às potencialidades e autonomia dos usuários.

A integralidade do cuidado prevista pela *Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde* que institui a Rede de Atenção Básica articula-se de modo que suas ações busquem produzir atenção integral (BRASIL, 2013).

Com a *Política Nacional de Saúde Mental* (*nº 32/14 de dezembro de 2017*) e do *Decreto Presidencial nº 7.508/2011*, amplia-se a Rede de Atenção Psicossocial, estabelecendo-se no conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (CECOS), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental. Todavia, a *Política Nacional de Saúde Mental* aponta para a necessidade de superação do modelo manicomial, necessitando de novos dispositivos assistenciais.

2.1 A RELEVÂNCIA DA RAPS PARA A LUTA ANTIMANICOMIAL

O empreendimento da presente análise tomou por base teórica a dissertação de doutorado "entre fios e nós: uma análise da rede de atenção psicossocial de Natal/RN", de Déborah Karollyne Ribeiro Ramos Lima (UFRN-2018). O que partiu de um interesse em entender a relação entre adoecimento mental e questão social na atualidade desembocou

no emaranhado de complexificações que permeiam a área de Saúde Coletiva, bem como a especificidade da área de Saúde Mental, que por sua vez articula-se, com base na *Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde*, como RAPS (*Rede de Atenção Psicossocial*), partindo do conceito de uma visão ampliada de saúde com base no SUS.

Entre os elementos nos quais está subdividida a RAPS, segundo a *Portaria 3.088/2011,* os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como afirmam (SCHEFFER; SILVA, 2014), por meio de ações intersetoriais buscam promover a inserção social das pessoas em sofrimento psíquico e regulam a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dando suporte à atenção em saúde mental na rede básica. A partir dessa dimensão formal/ideal que constitui a RAPS identificamos que a sua implementação no município de Natal enfrenta grande debilidade, sobretudo no DS Norte e DS Oeste devido ao elevado contingente populacional dessas áreas e a falta de ampliação dos aparelhos que compõem a rede (LIMA, 2018).

2.1.1 ANÁLISE SITUACIONAL

A Política de Saúde mental formalmente delineada por portarias e decretos encontra limites em seu espraiamento a nível prático, tendo em conta o contingente populacional e a dimensão territorial. Na dimensão territorial evidenciam-se os contrastes da sociedade de classes e os desdobramentos que a opressão capitalista faz reverberar sobre a saúde das populações circunscritas nesse mesmo território. A partir da divisão do Município de Natal em Distritos Sanitários (DS), observa-se que o DS Norte I é o que menos dispõe de capacidade instalada em RAPS mesmo sendo a área de maior vulnerabilidade social do município (LIMA, 2018) e que o DS Oeste (Zona Oeste da cidade) é o segundo mais populoso do município em que se evidencia o segundo maior número de pessoas vivendo em condição de vulnerabilidade social. Possui o maior índice de analfabetismo e a segunda menor renda média mensal por domicílio (MEDEIROS, 2016; NATAL, 2014).

Partindo do entendimento de que a dimensão da saúde mental, bem como da saúde integral dos indivíduos é em sua essência determinada socialmente (CARVALHO, 2019), e, portanto, está profundamente imbricada nas formas de organização social e do lugar que os sujeitos ocupam nesta sociabilidade, expressando possibilidades e limites às suas condições de vida e de trabalho, de viver e de adoecer, e se apresenta, enquanto

expressões da questão social como possibilidade ou ausência de acesso às dignas situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, acesso ao lazer e aos bens, faz-se necessário a identificação dos sujeitos envolvidos no referido contexto de cuidado, bem como a análise da instituição que deve ser responsável pelo enfrentamento dessas contingências no âmbito do cuidado em saúde mental.

2.1.2 OS SUJEITOS DO CONTEXTO

Segundo dados da SMS, os cinco CAPS da cidade do Natal registraram 32.070 atendimentos em 2021, oferecendo serviços de psiquiatria, clínica geral, psicologia, Serviço Social, entre outros. É como se três natalenses por hora procurassem atendimento ao longo do ano. Esse número representa um crescimento de 32,09% quando comparado aos registros de 2018 (24.279). Portanto, a precariedade e desarticulação da rede assistencial no município são uma evidência e um problema com o qual precisamos nos preocupar e investir na formulação de estratégias visando à efetivação dos princípios da integralidade, resolutividade, a intersetorialidade das políticas e uma atuação territorial.

Tendo em vista o cenário acima descrito é evidente que uma intervenção ampla é a melhor medida a ser seguida, dado que, maiores investimentos na rede de atenção psicossocial permitirá um atendimento descentralizado capaz de atingir todo o município, de modo a reduzir a superlotação nas unidades de atendimento. Para além disso, a admissão de profissionais devidamente capacitados se faz necessária para que as demandas dos usuários sejam atendidas de maneira integral, visando um atendimento humanizado, promovendo bem-estar psíquico e social.

3. A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL E O PODER JUDICIÁRIO NO CONTEXTO DOS SUJEITOS

É diante desse contexto de retrocesso que o *Conselho Nacional de Justiça* lança a *Resolução n° 487* em fevereiro de 2023, a qual reitera a adoção de política antimanicomial na execução de medidas de segurança e veda a internação de caráter asilar e busca conferir diretrizes para assegurar os direitos da população com transtornos mentais (BRASIL, 2023). Ademais, partindo do princípio da dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa, na *Seção I - Das audiências de Custódia* Art. 4° é apresentada a

competência da autoridade judicial para o encaminhamento das pessoas em questão para atendimento voluntário na RAPS (BRASIL, 2023).

Não obstante, na Seção IV é tratado da Necessidade de tratamento em saúde Mental no curso de execução de pena, o qual em seu Art. 15° garante que "Nos casos em que a pessoa submetida ao cumprimento de pena necessitar de tratamento em saúde mental, a autoridade judicial avaliará a necessidade e adequação da prisão em vigor ante a demanda de atenção à saúde" (BRASIL, 2023).

Todavia, apesar da Resolução ser essencial na atual conjuntura do país, dado os ataques e aprofundamento das desigualdades e adoecimento já citados anteriormente, que atingem de forma mais latente a população carcerária, é importante ressaltar algumas das dificuldades do sistema prisional brasileiro em atender essas requisições para com os apenados, ferindo não somente a Resolução em questão, como diversos outros direitos humanos e civis. Recentemente, o Comitê Estadual de Prevenção e combate a Tortura do Rio Grande do Norte (CEPCT/RN) lançou uma Nota Pública acerca dos ataques de violência que aterrorizou as terras potiguares no mês de março de 2023, em que responsabiliza o Poder Executivo Estadual e o Poder Judiciário, dado as violações constantes e repetidas denúncias que emergem do cotidiano de tortura no sistema prisional. Não obstante, o CEPCT/RN (2023) destaca o "agravo em saúde física e mental em decorrência da insuficiência das equipes e do baixo atendimento de saúde" como um dos fatores que agravam a segurança pública do Estado, além de outras medidas que tornam o modelo atual de sistema prisional inconstitucional.

Logo, é pensando no Plano de Governo apresentado pelo Poder Executivo estadual, o qual tem sido sistematicamente descumprido no que tange a "garantir o efetivo cumprimento da Lei de Execução Penal, no âmbito das responsabilidades estaduais, observando os critérios de humanização e respeito aos direitos da população carcerária" (CEPCT/RN, 2023) que o papel do Assistente Social no Cárcere, e de forma mais ampliada na defesa dos direitos humanos nos serviços de saúde mental, se torna fundamental para desenvolvimento dessa política, haja vista sua competência para atuar no enfrentamento da Questão Social, da mesma maneira que trabalha para a manutenção da garantia dos direitos dos apenados, o que demonstra amplamente a essencial intervenção deste profissional no sistema prisional (MARTINS, 2021) e a relevância do seu trabalho em defesa da efetivação da *Resolução n° 487*/2023.

3.1 UNIDADE PSIQUIÁTRICA DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE (UPCT)

A Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento (UPCT) localiza-se à Rua Iguatu, n.º 59124, Natal/RN. Segundo a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária, a unidade é constituída por dois pavilhões com vinte seis celas totais, cada cela projetada para dois pacientes, além de possuir um setor Administrativo formado por 1 sala de direção, 1 sala de enfermagem, 1 sala para farmácia, 1 alojamento masculino, 1 alojamento feminino, 1 sala de repouso para os técnicos enfermagem e 1 copa. A unidade é destinada a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, de modo a serem tratadas em conformidade com a lei 10.216/01 visando tratamento humanizado e sua reinserção social de acordo com as premissas da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Apesar da unidade possuir na íntegra conformidade com lei acerca da saúde mental e atendimento humanizado, o Relatório de Inspeção Regulares do Estado do Rio Grande do Norte, produzido pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura (MNPCT) apresenta de forma clara violações de direitos e práticas de tortura constantes para com os pacientes internados.

É importante destacar que em grande parte dos casos de internação de medidas de segurança, os crimes foram cometidos no seio familiar. Desta forma, o índice de abandono e ruptura de vínculos familiares dos internos é bastante alto (MNPCT, 2023); Não obstante, apesar de a direção mencionar que a unidade recebe visita de entidades religiosas semanalmente os pacientes desconhecem tal prática, de forma que a internação consiste basicamente em ficar dentro da cela com o único objetivo de contenção, ferindo arbitrariamente o art. 4 da Lei 10.216/01 que redimensiona o modelo de assistência em saúde mental quando em seu § 1º diz que "O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio" (BRASIL, 2001); Além disso, ao que cabe a saúde, não existe acompanhamento com médico clínico e as urgências são levadas pelo SAMU para a UPA. Isso é muito grave, pois as doenças clínicas só são avaliadas em caso de agravamento (MNCPT, 2023); A instituição não promove a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), o que faz com que as pessoas sejam submetidas a uma rotina de abandono por parte da instituição no que se refere às estratégias terapêuticas, tendo a intervenção medicamentosa como a principal estratégia de "cuidado";

Consideramos, portanto, que a UPCT mantém uma estrutura asilar, o que vai à contramão da Reforma Psiquiátrica defendida na lei 10.216/2001 e na resolução do CNJ n° 497 anteriormente já citada e parafraseando o MNPCT, a falta de equipes multiprofissionais fixas, que deveriam construir um projeto terapêutico singular e acompanhar o processo de desinternação, fazendo a ponte com família, comunidade e governo são um dos problemas mais graves encontrados, além das denúncias de maus tratos, morte em circunstância suspeita e negligências, cuja alternativa para garantir a dignidade desses sujeitos se faz pela efetivação das diretrizes preconizadas na *Resolução n° 487* em fevereiro de 2023, que ressalta o fechamento das Unidades Psiquiátricas de Custódia e Tratamento, para que o cuidado em saúde mental das pessoas em conflito com a lei se integre à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

4. RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: EM DEFESA DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Partindo do pressuposto que o trato com as pessoas em sofrimento psíquico assumiu ao longo da história um viés marcado pelo preconceito e em um substrato que põe em evidência a dimensão socioeconômica desses sujeitos, marginalizando-os e segregando-os, a fim de manter a ordem social (FOUCAULT, 2002), cabe ao Serviço Social, enquanto categoria profissional que lida diretamente com o enfrentamento das expressões emanadas da questão social, uma intervenção que se configure como um suporte às lutas pelos direitos fundamentais, sobretudo na luta intransigente pelos direitos humanos e na defesa da liberdade e da autonomia (CFESS, 1993).

É partindo do mote da liberdade e da autonomia que o Serviço Social irá adensar sempre mais seu cabedal teórico-metodológico e técnico-operativo no que diz respeito à sua atuação na área da saúde mental, visto que as estratégias pelo cuidado em liberdade previstas na RAPS (BRASIL, 2011) são propositalmente dirigidas para um cuidado integral de seus usuários em articulações intersetoriais.

Aguerrir-se na luta antimanicomial exige dos Assistentes Sociais um sério compromisso ético-político. É justamente a compreensão de uma atuação que fortaleça essa luta que irá dirigir os passos desses profissionais em seus espaços ocupacionais, sobretudo na área da saúde, onde estejam alocados, desde a atenção primária até a atenção especializada. De igual modo, cabe a esses profissionais tencionam, portanto, a

compreensão da luta antimanicomial, desde campo do sócio jurídico, na aplicabilidade das execuções penais no tocante à medida que se referem às pessoas com transtornos mentais e que se encontram em conflito com a lei.

De modo concreto, a participação dos Assistentes Sociais nas coordenações dos serviços substitutivos de saúde mental, a inserção nas iniciativas de promoção e de discussão acerca da saúde mental, a inserção em órgãos de fiscalização e repressão à tortura e situações degradantes, são exemplos de como a atuação dos Assistentes Sociais poderá contribuir tanto para o fortalecimento da RAPS no município de Natal-RN quanto poderá tornar exequível e, sem danos para os usuários, a extinção da UPCT por determinação da *Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023,* do CNJ, ampliando as possibilidades de inserção em um cuidado territorializado e longitudinal, na perspectiva da dignidade humana que o movimento antimanicomial preconiza e defende, e a qual o serviço social, em seus valores ético-políticos se articula, e busca materializar em sua prática, adensando a dimensão política do seu exercício profissional.

5. CONCLUSÃO

Com a *Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023*, do CNJ, que determina o fechamento da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento, é previsível a necessidade do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial para dar suporte no cuidado aos usuários dos serviços de saúde no município de Natal-RN.

A atuação das (os) Assistentes Sociais irá contribuir nesse fortalecimento tanto quanto forem capazes de ampliarem a compreensão de que o cuidado em saúde mental toca a inteireza dos indivíduos, compreendendo-os como sujeitos de direitos e reintegrando-os na sociedade através de uma rede de cuidado que seja co-responsável e mediadora desta totalidade social que constitui a particularidade e individualidade dos sujeitos sociais.

Embora se constitua em um campo desafiador para a atuação profissional, a exigência de um modelo de atenção que abarque a inserção ativa dos usuários, em suas complexas e múltiplas relações, como partícipe e protagonista do processo de cuidado, exige políticas públicas antissegregacionistas, orientadas para o cuidado em liberdade, no respeito às diferenças, na compreensão das singularidades.

É, portanto, a partir da sua direção social voltada à emancipação humana, que o Serviço Social direciona práticas que fortalecem a dimensão política no campo da saúde mental, seja no enfrentamento à contextos de violação de direitos, violências institucionais, e vulnerabilidades sociais, seja nas articulações intersetoriais para ampliar a compreensão do processo saúde-doença e tencionar o modelo hegemônico vigente.

A contribuição da dimensão política e ideológica do Serviço Social é também defender a ampliação das políticas de saúde mental e o fortalecimento da RAPS, enquanto instrumento de direito formal nos marcos dos limites desta sociabilidade, sem perder de vista a correlação de forças para a construção de uma sociedade emancipada, onde "saúde não se vende e loucura não se prende".

REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Enquanto miséria avança, Governo ataca serviços de saúde mental e deixa população adoecer**. Notícias/2021. Disponível em: <<https://www.abepss.org.br/noticias/wwwabepssorgbrdiamundialdasaudemental-489>> Acesso em: 21 de junho de 2023.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; NOBRE, Maria Teresa. **Saúde Mental, Luta Antimanicomial e Direitos Humanos no Contexto Potiguar: Por outras sensibilidades.** In: PAIVA, Iana Lemos de *et al* (org.). Direitos Humanos e Práxis: experiências do crdh/ufrn. Natal: Edufrn, 2014. Cap. 1. p. 107-147

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. (1988) Brasília, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 jun. 2023.

_____ **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.. . Brasília, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 21 jun. 2023.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de outubro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.. . Brasília, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 jun. 2023

_____. **Lei nº 8.662**, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. . Brasília, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 01 jun. 2023.

_____. **Lei nº 10.216**, de 06 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, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 21 jun. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial - CAPS**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps. Acesso em: 15 jun. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **SAÚDE MENTAL: CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA N° 34**: Brasilia: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Mecanismo Nacional de Combate A Tortura (MNCT). **Relatório de Inspeções Regulares no Rio Grande do Norte**. Brasilia: ?, 2023. 154 p.

_____. **Portaria GM/SM nº 596**, de 22 de março de 2022. Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 [...]. : Ministério da Saúde. Brasília, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0596_23_03_2022.html. Acesso em: 05 maio 2023.

_____. **Resolução nº 487**, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. . Brasília, CNJ, Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf. Acesso em: 20 mar. 2023.

CARVALHO, Giliane Alves de. **Determinação social da saúde e Serviço Social: concepções que norteiam o trabalho do/a Assistente Social no atual contexto do SUS.** Dissertação. (Mestrado em Serviço Social) Programa de Pós Graduação em Serviço Social, UFRN, 2019. 131f.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética Profissional de Assistente Social**. (1993). Disponível em: <<http://www.cfess. org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>>. Acesso em: 20 de junho de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA . **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017** / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva,2002.

TRIBUNA DO NORTE. **Atendimento a pessoas com transtornos mentais crescem 32% em Natal**. 2022. Disponível em: http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/atendimentos-a-pessoas-com-transtornos-mentais-crescem-32-em-natal/539034. Acesso em: 10 maio 2023.

Capítulo 5

O ENFERMEIRO DO TRABALHO COMO AGENTE DE TRANSFORMAÇÃO: CONSTRUINDO UMA CULTURA DE SEGURANÇA E SAÚDE NAS ORGANIZAÇÕES

Vanessa Aparecida Sanches Campassi de Oliveira
Denise Cristina Fumis

O ENFERMEIRO DO TRABALHO COMO AGENTE DE TRANSFORMAÇÃO: CONSTRUINDO UMA CULTURA DE SEGURANÇA E SAÚDE NAS ORGANIZAÇÕES

Vanessa Aparecida Sanches Campassi de Oliveira

Professora do Centro Paula Souza.

Denise Cristina Fumis

Professora do Centro Paula Souza.

RESUMO

O presente artigo explora o papel transformador do enfermeiro do trabalho na construção de uma cultura de segurança e saúde nas organizações. Inicialmente, aborda-se a evolução histórica e a regulamentação da enfermagem do trabalho, seguida de uma análise detalhada das funções e responsabilidades desse profissional, bem como das competências e habilidades necessárias para uma atuação eficaz. Discute-se a implementação de programas de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, bem como ações voltadas para a promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores. Através de estudos de caso reais, evidencia-se o impacto positivo da atuação dos enfermeiros do trabalho na melhoria das condições laborais, redução de acidentes e doenças, e aumento da produtividade e satisfação dos colaboradores. O artigo também analisa os principais desafios enfrentados pelos enfermeiros do trabalho e as oportunidades de crescimento profissional, destacando a importância da especialização e inovação tecnológica.

Palavras-chave: Cultura de Segurança. Enfermeiro do Trabalho. Prevenção de Acidentes. Promoção da Saúde. Saúde Ocupacional.

ABSTRACT

This article explores the transformative role of the occupational health nurse in building a culture of safety and health within organizations. It begins by addressing the historical evolution and regulation of occupational health nursing, followed by a detailed analysis of the functions and responsibilities of this professional, as well as the competencies and skills required for effective practice. The implementation of accident and occupational disease prevention programs, as well as actions aimed at promoting the health and well-

being of workers, are discussed. Through real case studies, the positive impact of the occupational health nurse's actions on improving working conditions, reducing accidents and diseases, and increasing employee productivity and satisfaction is evidenced. The article also examines the main challenges faced by occupational health nurses and the opportunities for professional growth, highlighting the importance of specialization and technological innovation.
Keywords: Occupational Health Nurse. Safety Culture. Occupational Health. Accident Prevention. Health Promotion

1 INTRODUÇÃO

A segurança e saúde no trabalho são pilares fundamentais para o bem-estar dos trabalhadores e a eficiência das organizações. A crescente complexidade das atividades laborais e a diversidade dos ambientes de trabalho destacam a necessidade de profissionais capacitados para gerenciar e promover práticas seguras e saudáveis. Nesse contexto, o enfermeiro do trabalho emerge como um agente crucial na construção de uma cultura organizacional que prioriza a saúde e a segurança dos colaboradores.

O enfermeiro do trabalho desempenha um papel multifacetado que vai além da assistência aos trabalhadores em casos de acidentes e doenças ocupacionais. Este profissional atua na promoção da saúde, prevenção de riscos, educação em saúde, e na implementação de programas de qualidade de vida no ambiente de trabalho. A sua contribuição é essencial para a redução de acidentes, aumento da produtividade, e melhoria da satisfação dos trabalhadores (Santana; Silva, 2019).

Ademais, a legislação brasileira, através de normas regulamentadoras, como a NR-4 e a NR-7, estabelece a importância e as atribuições dos profissionais de enfermagem do trabalho nas empresas. Essas normas reforçam a necessidade de uma atuação integrada com outros profissionais da área de segurança e saúde, como engenheiros e técnicos de segurança do trabalho, para garantir um ambiente laboral seguro e saudável (BRASIL, 2018).

Este artigo tem como objetivo explorar o papel transformador do enfermeiro do trabalho na construção de uma cultura de segurança e saúde nas organizações. A partir de uma análise teórica e prática, busca-se evidenciar como a atuação deste profissional contribui para a criação de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis, promovendo o bem-estar dos trabalhadores e o sucesso das organizações.

2 HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM DO TRABALHO

2.1 Origem e Desenvolvimento

A enfermagem do trabalho tem suas raízes no final do século XIX, em resposta à necessidade de cuidados especializados para os trabalhadores, impulsionada pela Revolução Industrial e pelo aumento dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (Mauro et al., 2010). Com o crescimento da industrialização, a presença de profissionais de saúde nos ambientes laborais se tornou essencial para lidar com os desafios crescentes relacionados à saúde dos trabalhadores (Mauro et al., 2010).

Além disso, a implementação de políticas de saúde ocupacional, como a Occupational Safety and Health Act (OSHA) de 1970 nos Estados Unidos, representou um marco importante ao estabelecer padrões para a segurança e saúde no trabalho, incentivando a inclusão de enfermeiros nas equipes de saúde ocupacional Sanna (2007). Essa legislação foi fundamental para definir diretrizes que visavam proteger a saúde dos trabalhadores e garantir ambientes laborais mais seguros, impulsionando assim o desenvolvimento da enfermagem do trabalho.

A presença de enfermeiros nas equipes de saúde ocupacional é essencial para promover a saúde e segurança dos trabalhadores, contribuindo para a prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (Fracolli e Granja, 2005). A atuação desses profissionais é crucial para identificar riscos, implementar medidas preventivas e promover ambientes de trabalho saudáveis, o que impulsiona o desenvolvimento contínuo da enfermagem do trabalho.

2.2 Legislação e Regulamentação

No Brasil, a implementação e expansão da enfermagem do trabalho foram influenciadas por diversos fatores ao longo da história da profissão. A criação do Decreto Federal 791 de 27 de setembro de 1890 foi um marco importante, pois oficializou a primeira Escola de Enfermagem Brasileira, estabelecendo diretrizes sobre o ensino e a prática da assistência de enfermagem no país Pava e Neves (2011). Esse evento contribuiu significativamente para o desenvolvimento da enfermagem no Brasil e para a formação de profissionais capacitados para atuar em diferentes áreas, incluindo a enfermagem do trabalho.

No entanto, a legislação específica que rege a atuação dos enfermeiros do trabalho só foi detalhada em 1977 com a edição da Lei n.º 6.514 de 22 de dezembro de 1977, que alterou o Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e que foi um marco na proteção da saúde do trabalhador. Essa lei estabeleceu a obrigatoriedade de as empresas implantarem serviços de saúde e segurança no trabalho, fomentando a criação dos SESMT (BRASIL, 2018).

Por outro lado, as Normas Regulamentadoras, em especial a NR-4 e a NR-7, desempenham um papel crucial na definição das atribuições dos enfermeiros do trabalho. A NR-4 determina a composição e as atribuições dos SESMT, incluindo a exigência de enfermeiros do trabalho em empresas com um número significativo de empregados. Já a NR-7 estabelece diretrizes para o PCMSO, especificando as responsabilidades dos enfermeiros na realização de exames médicos e na implementação de programas de prevenção de doenças ocupacionais (MENEZES; SOUZA, 2016).

Além das NRs, outras regulamentações complementam o arcabouço legal da saúde ocupacional no Brasil. A Resolução COFEN nº 448/2013, por exemplo, dispõe sobre as atribuições dos enfermeiros do trabalho, detalhando suas funções na promoção e preservação da saúde dos trabalhadores (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013).

3 O Papel do Enfermeiro do Trabalho nas Organizações

3.1 Funções e Responsabilidades

Para garantir a saúde e segurança dos trabalhadores dentro das organizações, o enfermeiro do trabalho desempenha diversas funções e responsabilidades fundamentais. Além da assistência direta ao paciente, o enfermeiro do trabalho tem como responsabilidade o treinamento e capacitação de profissionais de enfermagem, o gerenciamento de insumos e materiais, a articulação com outros profissionais da saúde e da administração da organização, bem como a orientação dos pacientes e familiares. Essas atividades visam promover a gestão multiprofissional em prol do paciente, garantindo um ambiente de trabalho saudável e seguro Novaretti et al. (2014).

A atuação do enfermeiro do trabalho deve ser pautada em competências profissionais e gerenciais desenvolvidas por ele, combinando assistência e gerenciamento para aplicar o conhecimento adquirido durante sua formação e qualificação. Essa

abordagem visa aprimorar e qualificar o processo de trabalho, garantindo a eficácia das ações de saúde ocupacional (Treviso et al., 2017).

O enfermeiro do trabalho também exerce funções gerenciais essenciais, atuando como mediador junto à equipe de enfermagem e de saúde. Ele é responsável por supervisionar e controlar o processo de trabalho, envolvendo planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria, garantindo a eficiência e qualidade dos cuidados prestados (Sanna, 2007).

Além disso, o enfermeiro do trabalho utiliza o Processo de Enfermagem como uma ferramenta fundamental em sua prática, organizando, planejando, executando e avaliando suas ações. Essa abordagem sistematizada contribui para a qualidade da assistência prestada e para o desenvolvimento do raciocínio clínico do enfermeiro (Paixão e Mendonça, 2021).

A supervisão e orientação do trabalho da enfermagem são cruciais para garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados, evitando riscos à saúde dos profissionais e dos pacientes. A falta de orientação pode comprometer o trabalho da enfermagem, ressaltando a importância da supervisão ativa e do apoio adequado no ambiente de trabalho (Cardoso et al., 2020).

Em resumo, as diversas funções e responsabilidades do enfermeiro do trabalho visam garantir a saúde e segurança dos trabalhadores dentro das organizações, envolvendo desde a assistência direta até o gerenciamento, a supervisão, a orientação e a promoção de um ambiente laboral saudável e seguro.

3.2 Competências e Habilidades Necessárias

Para atuar de forma eficaz na área de enfermagem do trabalho, o enfermeiro precisa possuir um conjunto de competências e habilidades essenciais. Dentre as competências necessárias, destaca-se a liderança, que permite ao profissional desenvolver um bom gerenciamento e qualificar a assistência prestada, além de promover um ambiente de trabalho saudável e seguro Treviso et al. (2017). A liderança é fundamental para o trabalho em equipe e para a qualificação dos serviços prestados.

Além disso, o enfermeiro do trabalho deve possuir habilidades de comunicação eficaz, tanto para interagir com os trabalhadores quanto para se comunicar de forma assertiva com a equipe de saúde e a administração da organização. A habilidade social de

comunicação é essencial para o desenvolvimento do cuidado e do processo de liderança na enfermagem (Facião et al., 2022).

Outra competência crucial é a capacidade de sistematizar e individualizar o cuidado aos trabalhadores, desde a identificação de riscos até a implementação de medidas preventivas e a promoção de ambientes laborais saudáveis. O enfermeiro do trabalho deve ser capaz de diferenciar cada fase do cuidado e intervir adequadamente em cada uma delas, garantindo a segurança e a saúde dos trabalhadores (Ferreira et al., 2017).

Além disso, o enfermeiro do trabalho deve possuir competências gerenciais, como planejamento, organização, supervisão e controle do processo de trabalho. Essas competências são essenciais para garantir a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados, bem como para promover a segurança e o bem-estar dos trabalhadores (Assunção et al., 2021).

Em resumo, as competências e habilidades necessárias para um enfermeiro do trabalho incluem liderança, habilidades de comunicação, capacidade de sistematização do cuidado, competências gerenciais e a capacidade de promover ambientes de trabalho saudáveis e seguros para os trabalhadores.

3.3 Integração com Outros Profissionais

A atuação do enfermeiro do trabalho nas organizações é marcada pela integração com diversos setores e profissionais. Ele trabalha em estreita colaboração com engenheiros e técnicos de segurança do trabalho, médicos do trabalho, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros, formando equipes multidisciplinares que têm como objetivo promover a saúde e a segurança no ambiente laboral (MARTINS; OLIVEIRA, 2017).

Essa integração é essencial para a implementação de programas de saúde ocupacional abrangentes e eficazes. Por exemplo, a colaboração com engenheiros de segurança do trabalho permite a identificação e controle de riscos físicos, químicos e biológicos no ambiente de trabalho. A interação com médicos do trabalho é fundamental para o diagnóstico e tratamento de doenças ocupacionais, enquanto a parceria com psicólogos e fisioterapeutas contribui para a promoção de programas de saúde mental e bem-estar físico dos trabalhadores (FERREIRA; NASCIMENTO, 2018).

4 Construção de uma Cultura de Segurança e Saúde

A cultura de segurança é um aspecto fundamental da cultura organizacional que se refere ao conjunto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura Reis et al. (2012). Essa cultura engloba elementos essenciais, como liderança eficaz, trabalho em equipe, aprendizagem a partir dos erros e criação de um ambiente de confiança (Mello e Barbosa, 2017).

Para promover uma cultura de segurança eficaz, é crucial que as organizações de saúde adotem um modelo que valorize a segurança do paciente e dos trabalhadores, incorporando ações, competências e comportamentos que demonstrem o comprometimento com a gestão da segurança. Isso inclui a oferta de cuidado seguro, integral, resolutivo e que resulte na redução de riscos e danos aos pacientes (Inácio e Rodrigues, 2022).

A avaliação da cultura de segurança permite identificar dimensões problemáticas e possibilita o planejamento de intervenções futuras para melhorias. A cultura de segurança é um fator decisivo na prevenção de acidentes de trabalho e na promoção de ambientes laborais seguros e saudáveis (Evangelista et al., 2018).

A liderança desempenha um papel determinante no desenvolvimento da cultura de segurança, influenciando diretamente o desempenho de segurança das organizações. As lideranças devem promover valores e práticas que reforcem a importância da segurança do paciente e dos trabalhadores, criando um ambiente propício para a promoção da cultura de segurança (Chibana et al., 2022).

Em resumo, a cultura de segurança é essencial para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, tanto aos pacientes quanto aos trabalhadores. Ela envolve valores, atitudes, competências e comportamentos que promovem um compromisso com a gestão da segurança, resultando em ambientes de trabalho saudáveis, seguros e que priorizam a segurança do paciente.

4.3 Estratégias de Implementação

Para implementar uma cultura de segurança eficaz em uma organização, é fundamental adotar estratégias e intervenções que promovam a segurança do paciente e

dos trabalhadores. Diversos meios podem ser empregados para fomentar uma cultura de segurança sólida e comprometida.

Uma das estratégias importantes é a realização de intervenções educativas, que podem incluir treinamentos para a equipe utilizando métodos estruturados para otimizar os processos de trabalho em equipe, como comunicação, cooperação, habilidades, atitudes e liderança Marinho et al. (2016). O treinamento da equipe é essencial para promover a conscientização sobre a importância da segurança e para desenvolver competências que contribuam para um ambiente seguro.

Além disso, a avaliação da cultura de segurança por meio de ferramentas específicas, como o Hospital Survey on Patient Safety Culture, pode ajudar a identificar áreas problemáticas e orientar a implementação de ações de melhoria (Reis et al., 2012). A avaliação contínua da cultura de segurança permite gerir proativamente questões relevantes de segurança e promover mudanças positivas nas rotinas e condições de trabalho.

Outra estratégia importante é o estabelecimento de uma liderança eficaz, que promova valores e práticas voltadas para a segurança do paciente e dos trabalhadores. A liderança desempenha um papel crucial na promoção de uma cultura de segurança, influenciando diretamente o desempenho e a segurança das organizações.

Além disso, a criação de um ambiente de confiança, onde a comunicação seja baseada na confiança mútua e haja percepções compartilhadas da importância da segurança, é essencial para promover uma cultura de segurança positiva (Reis et al., 2012). A confiança na efetividade de ações preventivas e a valorização da segurança como um valor organizacional são fundamentais para o desenvolvimento de uma cultura de segurança sólida.

Em resumo, para implementar uma cultura de segurança eficaz, é necessário investir em intervenções educativas, avaliação contínua da cultura de segurança, liderança eficaz e criação de um ambiente de confiança. Essas estratégias contribuem para promover a segurança do paciente e dos trabalhadores, garantindo ambientes de trabalho saudáveis e seguros.

5 Atuação do Enfermeiro do Trabalho como Agente de Transformação

Para se tornar um agente de transformação, o Enfermeiro do Trabalho pode adotar diversas estratégias e ações que contribuam para promover mudanças positivas no

ambiente laboral e na saúde dos trabalhadores. Uma maneira eficaz de atuar como agente de transformação é por meio do empoderamento dos trabalhadores, fornecendo informações sobre saúde e segurança, promovendo a autonomia e incentivando a participação ativa dos indivíduos nos cuidados com a própria saúde Machado et al. (2021).

Além disso, o Enfermeiro do Trabalho pode utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como uma ferramenta para otimizar a assistência prestada, promovendo uma abordagem mais organizada, segura e competente no cuidado aos trabalhadores (Backes et al., 2005). A implementação da SAE pode contribuir para uma gestão mais eficaz da assistência de enfermagem e para a promoção de ambientes laborais saudáveis.

Outra forma de atuar como agente de transformação é por meio da liderança eficaz, influenciando positivamente a equipe de enfermagem e promovendo valores e práticas voltadas para a segurança e o bem-estar dos trabalhadores (Figueredo e Matos, 2022). A liderança do Enfermeiro do Trabalho pode ser um fator determinante na promoção de uma cultura de segurança e na implementação de mudanças significativas no ambiente de trabalho.

Além disso, o Enfermeiro do Trabalho pode se engajar em programas educativos e de prevenção, utilizando estratégias de rastreamento e intervenções breves para promover a saúde e prevenir riscos ocupacionais (Martins e Neto, 2021). A atuação proativa na promoção da saúde e na prevenção de doenças pode contribuir significativamente para a melhoria das condições de trabalho e para a promoção do bem-estar dos trabalhadores.

Em resumo, o Enfermeiro do Trabalho pode ser um agente de transformação ao empoderar os trabalhadores, implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, exercer uma liderança eficaz e engajar-se em programas educativos e de prevenção. Essas ações podem contribuir para promover ambientes de trabalho mais seguros, saudáveis e propícios ao bem-estar dos trabalhadores.

6 Impacto da Atuação do Enfermeiro do Trabalho nas Organizações

O Enfermeiro do Trabalho pode desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde e segurança dos trabalhadores, impactando positivamente o ambiente de

trabalho e a produtividade da organização. A atuação do Enfermeiro do Trabalho pode influenciar diversos aspectos organizacionais, tais como:

1. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: O Enfermeiro do Trabalho pode implementar programas de promoção da saúde, campanhas de vacinação, orientações sobre hábitos saudáveis e prevenção de doenças ocupacionais, contribuindo para a redução do absenteísmo e aumento da qualidade de vida dos trabalhadores (Nelson, 2001).

2. Gestão da Segurança e Saúde Ocupacional: O Enfermeiro do Trabalho pode atuar na identificação e avaliação de riscos ocupacionais, implementação de medidas de prevenção de acidentes de trabalho, treinamentos sobre segurança, e acompanhamento da saúde dos trabalhadores, promovendo um ambiente de trabalho seguro e saudável (Du e Gershon, 2007).

3. Educação e Capacitação: Por meio de programas educativos e treinamentos, o Enfermeiro do Trabalho pode capacitar os trabalhadores sobre questões de saúde e segurança, promovendo a conscientização e a adoção de práticas saudáveis no ambiente laboral (Nelson, 2001).

4. Intervenções em Situações de Crise: Em emergências ou crise, o Enfermeiro do Trabalho pode atuar de forma proativa, prestando os primeiros socorros, coordenando a resposta a acidentes e garantindo o bem-estar dos trabalhadores (Nelson, 2001).

5. Apoio na Reabilitação e Retorno ao Trabalho: Em casos de afastamento por doença ou acidente, o Enfermeiro do Trabalho pode auxiliar na reabilitação dos trabalhadores, promovendo um retorno seguro e gradual às atividades laborais (Nelson, 2001).

A atuação do Enfermeiro do Trabalho como agente de transformação nas organizações é essencial para promover um ambiente de trabalho saudável, seguro e produtivo, impactando positivamente a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, a satisfação no trabalho e a eficiência organizacional.

7. Conclusão

Ao longo deste artigo, exploramos a atuação do enfermeiro do trabalho como agente de transformação dentro das organizações, destacando sua importância na construção de uma cultura de segurança e saúde. Inicialmente, apresentamos o histórico

e a evolução da enfermagem do trabalho, destacando a regulamentação que ampara e orienta essa especialidade. Em seguida, discutimos as diversas funções e responsabilidades do enfermeiro do trabalho, bem como as competências e habilidades necessárias para sua atuação eficaz.

Abordamos também a construção de uma cultura de segurança e saúde, ressaltando a necessidade de engajamento da liderança, educação contínua, comunicação eficaz e participação ativa dos colaboradores. Examinamos como o enfermeiro do trabalho promove treinamentos, programas de prevenção e ações voltadas para a saúde e bem-estar dos trabalhadores, contribuindo significativamente para a redução de acidentes e doenças ocupacionais, bem como para o aumento da produtividade e satisfação dos colaboradores.

Além disso, discutimos os desafios enfrentados pelos enfermeiros do trabalho e as oportunidades de crescimento profissional, destacando a importância da especialização, inovação tecnológica e a possibilidade de atuação em consultoria e gestão. Por fim, apresentamos estudos de caso e boas práticas que ilustram os resultados positivos da atuação desses profissionais nas organizações.

Por sim, devemos considerar que a enfermagem do trabalho, como vimos, é uma área crucial para a promoção de ambientes laborais seguros e saudáveis. Os enfermeiros do trabalho desempenham um papel multifacetado, que vai desde a educação e conscientização dos trabalhadores até a implementação de programas de saúde e segurança. A sua atuação contribui não apenas para a prevenção de acidentes e doenças, mas também para a promoção de um ambiente de trabalho mais produtivo e satisfatório para todos os colaboradores.

Refletindo sobre o futuro da enfermagem do trabalho, é evidente que este campo continuará a evoluir em resposta às mudanças nas regulamentações, avanços tecnológicos e novas demandas do mercado de trabalho. A integração de tecnologias emergentes, como a telemedicina e a inteligência artificial, promete transformar ainda mais a prática da enfermagem do trabalho, oferecendo novas ferramentas e métodos para monitorar e melhorar a saúde ocupacional.

A construção de uma cultura de segurança e saúde é um processo contínuo que requer o comprometimento de todos os níveis da organização. O enfermeiro do trabalho, com seu conhecimento especializado e habilidades de liderança, está em uma posição

única para conduzir essa transformação, promovendo práticas que beneficiam tanto os trabalhadores quanto as organizações.

REFERÊNCIAS

BACKES, Dirce Stein; ESPERANÇA, Marilene Pereira; AMARO, Arnaldo Madruga; CAMPOS, Iva Ema Fonseca; CUNHA, Andrea D'Oliveira da; SCHWARTZ, Eda. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. Acta Sci. Health Sci., **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 27, n. 1, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v27i1.1433. Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 6.514, de 22 de dezembro de 1977.** Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6514.htm. Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Normas Regulamentadoras - NR. 2018.** Disponível em: http://trabalho.gov.br/seguranca-e-saude-no-trabalho/normatizacao/normas-regulamentadoras. Acesso em: 03 abr. 2024.

CARDOSO, Maria Laura Beatriz Nascimento; SANTOS, Stefany Valery Gomes dos; SILVA, Vitória Sandrielle Santos; LUCENA, Luana Ruthiele Chagas; VIEIRA, Karla Virgínia da Nóbrega Novais; GOMES, Gidelson Gabriel. Sistematização da assistência de enfermagem – obstáculos para sua implementação / Systematization of nursing assistance - obstacles for its implementation. Braz. J. Hea. Rev., Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 3, p. 11149-11156, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-120. Acesso em: 05 jun. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 448/2013**. Dispõe sobre as atribuições dos enfermeiros do trabalho e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-4482013_21773.html. Acesso em: 05 jun. 2024.

DU, Yunling; GERSHON, Robyn R.M. Organizational climate and occupational health outcomes in hospital nurses. **Journal of Occupational and Environmental Medicine, Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 49, n. 1, p. 50-58, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1097/01.jom.0000251622.05429.0c. Acesso em: 05 jun. 2024.

FEITOSA, Manuella Carvalho; LEITE, Illoma Rossany Lima; SILVA, Grazielle Roberta Freitas da. Demanda de intervenções de enfermagem a pacientes sob cuidados intensivos: nas - nursing activities score. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 682-688, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1414-81452012000400006. Acesso em: 05 jun. 2024.

FIGUEREDO, Rogério Carvalho de; MATOS, Marcos André de. Liderança do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: algumas características, percepções e sentimentos. **Cereus, Revista Cereus**, v. 14, n. 3, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.18605/2175-7275/cereus.v14n3p150-167. Acesso em: 05 jun. 2024.

MACÊDO, Maria Lúcia Azevedo Ferreira de; PIRES, Denise Elvira Pires de; CAVALCANTE, Cleonice Andréa Alves. Retirement in nursing: a review of the literature. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140072. Acesso em: 05 jun. 2024.

MACHADO, Maria Helena; PEREIRA, Everson Justino; NETO, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes; WERMELINGER, Mônica. Enfermagem: desenvolvimento e interfaces da formação com o mercado de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1422-1430, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0669. Acesso em: 05 jun. 2024.

MARTINS, Saturnina Alves da Silva; NETO, Pedro Luiz de Oliveira Costa. Percepção dos enfermeiros sobre o trabalho com o uso da tecnologia em hemodiálise. **RSD, Research Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e413101623695, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23695. Acesso em: 05 jun. 2024.

MAURO, Maria Yvone Chaves; PAZ, Andreia Fontes da; MAURO, Carla Christina Chaves; PINHEIRO, Michely Alexandrino de Souza; SILVA, Viviane Gomes. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 244-252, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1414-81452010000200006. Acesso em: 05 jun. 2024.

NELSON, Yvonne. Roles and value-added contributions of the occupational health nurse. AAOHN **Journal, Aaohn Journal**, v. 49, n. 3, p. 121-129, 2001. Disponível em: https://doi.org/10.1177/216507990104900304. Acesso em: 05 jun. 2024.

PEDUZZI, Marina; ANSELMI, Maria Luiza. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 57, n. 4, p. 425-429, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0034-71672004000400008. Acesso em: 05 jun. 2024.

AUTORES

Anna Francesca Colonello Pennacchi
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Camila Gabryella Souza da Silva
Estudante de Serviço Social na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atualmente estou no último ano da graduação e tenho me aprofundado em pesquisa e extensão sobre a política antimanicombial no estado do Rio Grande do Norte e população em situação de rua e habitação.

Denise Cristina Fumis
Professora do Centro Paula Souza.

Elayne Iasmin dos Santos
Enfermeira pela Faculdade Raimundo Marinho - Penedo/AL.

Francisca Camila Bevenuto
Estudante de Serviço Social na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e técnica em informática pelo Instituto Federal de Educação do Rio Grande do Norte (IFRN). Atualmente estou no último ano da graduação e tenho me aprofundado em pesquisa e extensão sobre a política antimanicombial no estado do Rio Grande do Norte.

Giliane Alves de Carvalho
Graduação em Serviço Social- UFRN Especialista em saúde pública e serviço social- UNIFACEX Especialista em Terapia Intensivo Adulto - Residência Multiprofissional HUOL/UFRN Mestre em Serviço Social- UFRN Assistente Social na SMS Natal e Escola Agrícola de Jundiaí/UFRN.

Guilherme Ribeiro Ferreira
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Jennyfer Caroline Reis Videira
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

José Elias do Nascimento

Licenciado em Filosofia (UFC); graduando em Serviço Social (UFRN), mestrando em Serviço Social (UFRN), pesquiso sobre a política de Assistência Estudantil.

José Rufino Macêdo de Andrade

Enfermeiro, Docente, Orientador do estudo, Enfermeiro Sanitarista, Servidor Público, Especialista em Ensino da Saúde, Especialista em Vigilância em Saúde, Especialista em Análise de situação em Saúde.

Júlia Portela Franceschi

Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Lara de Brito Junqueira

Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Livia Ribeiro de Oliveira

Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Luanna Bezerra de Freitas

Estudante de Serviço Social na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atualmente estou no último ano da graduação e tenho me aprofundado em pesquisa e extensão sobre a política antimanicombial no estado do Rio Grande do Norte, direitos humanos nos presídios, saúde feminna e assistência social.

Maria Clara Macarini Silva

Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Marina Paduan Remelli

Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Rúbia Carla Ramires Morais

Professora do Centro Paula Souza.

Sabrina Ferreira Akiyama

Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Stefany dos Santos

Enfermeira pela Faculdade Raimundo Marinho - Penedo/AL.

Vanessa Aparecida Sanches Campassi de Oliveira

Professora do Centro Paula Souza.

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades. Essa definição holística reconhece a interconexão entre o corpo, a mente e o espírito, e a importância de manter o equilíbrio em todas essas áreas para uma vida saudável e plena.

Conexão entre Corpo, Mente e Espírito

Esses três aspectos da saúde estão profundamente interligados. Por exemplo, o estresse mental pode levar a problemas físicos, como hipertensão ou problemas digestivos, e também pode afetar a saúde espiritual, resultando em uma sensação de perda de propósito. Da mesma forma, cuidar do corpo através de exercícios pode melhorar a saúde mental, liberando endorfinas que promovem bem-estar, e pode fortalecer a saúde espiritual ao aumentar a conexão consigo mesmo e com o mundo ao redor.

A busca pelo equilíbrio entre corpo, mente e espírito é essencial para uma vida saudável e realizada. Ignorar um desses aspectos pode levar a um desequilíbrio que afeta a qualidade de vida como um todo.

Editora UNIESMERO

ISBN 978-655492081-0

9 786554 920810