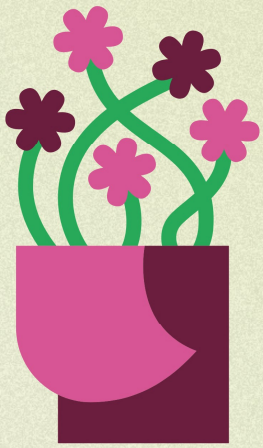
37º CICT
Ciência Delas

Anais

37º Congresso de Iniciação Científica e Tecnológica da UFRN





37º CICT

Ciência Delas

UFRN PROPESQ CNPq

EXPEDIENTE

APRESENTAÇÃO

O Congresso de Iniciação Científica e Tecnológica (CICT) é um evento aberto à comunidade no qual todos os aproximadamente 1.800 alunos de Iniciação Científica e Tecnológica da UFRN (bolsistas e voluntários) apresentam os resultados de suas pesquisas desenvolvidas ao longo de um ano, como cumprimento de um plano de trabalho elaborado e orientado por um professor/pesquisador do quadro permanente da Instituição.

O CICT está entre as ações inseridas no âmbito do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica e Tecnológica da UFRN, que possui entre seus objetivos: a) Contribuir para a formação e engajamento de recursos humanos em atividades de pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação; b) Contribuir para a formação científica de recursos humanos que se dedicarão a qualquer atividade profissional; e c) Contribuir para a formação de recursos humanos que se dedicarão ao fortalecimento da capacidade inovadora das empresas no País.

A 37ª edição do Congresso teve como tema “Ciência Delas", estando alinhada aos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da ONU. Ao submeter os trabalhos ao Congresso, os alunos indicaram os objetivos da Agenda 2030 aos quais suas pesquisas estavam relacionadas. Essa iniciativa visa estimular a pesquisa científica e tecnológica voltada para a busca por soluções para os desafios sociais contemporâneos. Em uma etapa inicial do CICT, denominada Mostra de Trabalhos e Vídeos de Ciência, Tecnologia e Inovação, foram realizadas as apresentações dos trabalhos submetidos pelos participantes do evento. As apresentações ocorreram de forma assíncrona, por meio de arquivos digitais (trabalho completo e vídeo), sendo disponibilizadas não só aos avaliadores do congresso pelos Sistemas da UFRN, mas também ao público em geral por meio do site do evento (www.cic.propesq.ufrn.br). Após essa etapa inicial, que ocorreu sob o formato virtual, os 48 melhores trabalhos do evento foram selecionados para apresentação oral em uma etapa complementar do congresso que ocorreu de forma presencial.

Os alunos concorreram ao 10º Prêmio Destaque na Iniciação Científica e Tecnológica da UFRN, que foi instituído pela Pró-Reitoria de Pesquisa em 2017 para reforçar as ações dos programas institucionais de iniciação científica e tecnológica. O prêmio contemplou as categorias Trabalho Destaque de Iniciação Científica e Tecnológica e Vídeo Destaque de Iniciação Científica e Tecnológica e na subcategoria de Inovação. Os premiados foram agraciados com bolsas mensais de até R$ 1100,00 (mil e cem reais) durante o período de um ano. Os orientadores dos alunos premiados adquiriram precedência em relação aos demais para efeitos de concorrência no Edital de Bolsas de Pesquisa da UFRN em 2027.

Ainda em 2026, a Pró-Reitoria de Pesquisa realizou a 8ª Edição do Prêmio Pesquisador Destaque da UFRN, certame instituído em 2019 e que é concedido anualmente aos pesquisadores da instituição que tenham apresentado relevantes contribuições para o desenvolvimento da ciência em cada uma das três grandes áreas do conhecimento: Ciências da Vida; Ciências Exatas, da Terra e Engenharias; e Ciências Humanas e Sociais, Letras e Artes. Além de troféu e certificado, todos os premiados foram contemplados com auxílio no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) para custear despesas específicas, discriminadas em edital, e tiveram a oportunidade de compartilhar suas experiências com os participantes do CICT 2026 em uma mesa redonda.

Além de valorizar a contribuição das mulheres para a produção do conhecimento científico, promovendo a visibilidade de suas trajetórias e reconhecendo seu papel no desenvolvimento da ciência, o congresso cumpriu três funções valiosas para a instituição: a inserção dos discentes em um ambiente acadêmico de publicação e apresentação dos resultados de pesquisa; a divulgação científica, por meio de vídeos que utilizam uma linguagem científica, porém acessível ao público em geral; e, por fim, a popularização da ciência.

PROGRAMAÇÃO

DATA	ATIVIDADE
09/10	Divulgação da lista dos pré-selecionados para concorrer ao 9º Prêmio Destaque na Iniciação Científica e Tecnológica da UFRN
19/10	Abertura oficial do evento
19/10 a 23/10	CICT 2026 - Etapa presencial
20/10 a 22/10	Sessões de apresentações orais
23/10	Cerimônia de premiação e encerramento do evento

ESCOLA DE SAÚDE

CÓDIGO: SB0003

AUTOR: PABLO AUGUSTO CANDIDO PAIVA

ORIENTADOR: LANNUZYA VERÍSSIMO E OLIVEIRA

TÍTULO: A SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: UM RECORTE NO COMPLEXO PENITENCIÁRIO DE ALCAÇUZ

Resumo

Objetivo: apreender a percepção de profissionais da justiça e da saúde sobre a assistência à saúde mental de pessoas privadas de liberdade no Complexo Penitenciário de Alcaçuz, Rio Grande do Norte. **Método:** trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada com 14 profissionais (cinco policiais penais e nove profissionais da saúde) atuantes na Penitenciária Estadual Dr. Francisco Nogueira Fernandes. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2025 e março de 2026, por meio de questionário sociodemográfico e entrevistas semiestruturadas. O conteúdo foi submetido à análise lexicográfica com auxílio do software lRaMuTeQ. **Resultados:** Os achados evidenciam que a assistência à saúde mental no sistema prisional é atravessada por desafios estruturais, como superlotação, escassez de recursos humanos e materiais, ruptura dos vínculos familiares e dependência da medicalização como principal estratégia de cuidado. Os profissionais reconhecem essas limitações e apontam a necessidade de políticas públicas efetivas, ampliação das equipes de saúde e fortalecimento do suporte familiar. **Conclusão:** O estudo contribui para a visibilidade de um tema negligenciado, fornecendo subsídios para a formulação de políticas públicas que articulem saúde, segurança, assistência social e educação no âmbito prisional, bem como para a gestão hospitalar e a organização de serviços que respondam às necessidades da população privada de liberdade.

Palavras-chave: saúde mental; prisioneiros; assistência à saúde

TITLE: THE MENTAL HEALTH OF PEOPLE DEPRIVED OF FREEDOM: A SNAPSHOT OF THE ALCAÇUZ PENITENTIARY COMPLEX

Abstract

Objective: to apprehend the perception of justice and health professionals regarding mental health care for people deprived of liberty in the Alcaçuz Penitentiary Complex, Rio Grande do Norte. **Method:** This is a descriptive study with a qualitative approach, carried out with 14 professionals (five correctional officers and nine health professionals) working at the Dr. Francisco Nogueira Fernandes State Penitentiary. Data collection took place between September 2025 and March 2026, through semi-structured interviews. The content was submitted to lexicographic analysis using the IRaMuTeQ software. **Results:** The findings show that mental health care in the prison system faces structural challenges, such as overcrowding, shortage of human and material resources, breakdown of family ties, and reliance on medication as the main care strategy. Professionals acknowledge these limitations and point to the need for effective public policies, expansion of health teams, and strengthening family support. **Conclusion:** The study contributes to the visibility of a neglected issue, providing support for the formulation of public policies that articulate health, security, social assistance, and education within the prison context, as well as for hospital management and the organization of services that respond to the needs of the deprived of liberty population.

Keywords: mental health; prisoners; health care

Introdução

O sistema prisional brasileiro é um dos maiores do mundo, com 835.643 pessoas privadas de liberdade em dezembro de 2021, das quais 670.741 em regime fechado, ocupando o Brasil a terceira posição no ranking mundial de população carcerária, atrás apenas dos Estados Unidos e da China. Diante desses números, evidenciam-se os desafios impostos ao sistema de saúde para atender uma população que, por sua condição de confinamento, apresenta vulnerabilidades específicas que exigem atenção diferenciada (Brasil, 2021).

A assistência à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) está prevista na legislação brasileira desde 1984, com a Lei de Execução Penal, que determina atendimento médico, farmacêutico e odontológico aos internos (Brasil, 1984), e é reforçada pela Constituição Federal de 1988, que reconhece a saúde como direito fundamental (Brasil, 1988). Em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário buscou regulamentar o acesso das PPL às ações e serviços de saúde, alinhando-se aos princípios do SUS (Brasil, 2004), e em 2014 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das PPL mobilizou recursos e estratégias de gestão para fortalecer a assistência nas unidades prisionais (Brasil, 2014).

Apesar desse aparato legal, a efetivação da assistência ainda enfrenta obstáculos, como carências estruturais e dificuldades operacionais (Kemper, 2022), e os transtornos mentais figuram entre os agravos mais prevalentes na

população carcerária (Brasil, 2021). As condições insalubres do sistema prisional potencializam iniquidades, com taxas de transtornos mentais mais elevadas entre PPL do que na comunidade em geral: confinamento prolongado, ruptura de vínculos familiares, superlotação e ociosidade contribuem para o agravamento de quadros como ansiedade, depressão e surtos psicóticos (Kemper, 2022). Dados oficiais indicam que o uso recorrente de medicação psicotrópica para insônia e ansiedade é demanda frequente entre a população carcerária, evidenciando a necessidade de atenção em saúde mental (Brasil, 2023).

Considerando a escassez de estudos sobre essa temática no Rio Grande do Norte, torna-se relevante investigar como a assistência à saúde mental tem sido ofertada nesse cenário. Revisão de escopo recente apontou concentração geográfica das pesquisas nas regiões Sul e Sudeste, com pouca evidência nas regiões Norte e Centro-Oeste, além de lacuna de estudos sobre a percepção dos profissionais atuantes (Lima *et al.*, 2026). O sistema prisional potiguar tem sido marcado por tensões institucionais, com estudos evidenciando que o cotidiano de trabalho nas prisões produz sofrimento psíquico entre policiais penais, manifestado por ansiedade, estresse, hipervigilância e alterações do sono (Figueiró *et al.*, 2026).

Os próprios profissionais estão sujeitos a impactos emocionais significativos, decorrentes do contato cotidiano com violência, superlotação e sofrimento dos internos, podendo resultar em estresse e exaustão emocional (Sousa *et al.*, 2025). A sobrecarga da equipe psicossocial, desviada de funções assistenciais para demandas judiciais, e a dificuldade de acesso a psicofármacos exemplificam os desafios do cotidiano prisional (Brasil, 2023).

Assim, compreender a percepção dos profissionais que atuam diretamente nesse ambiente pode contribuir para a identificação de lacunas e para a formulação de políticas públicas mais adequadas, além de orientar a gestão dos serviços de saúde prisional. Este estudo tem como objetivo geral apreender a percepção de profissionais da justiça e da saúde sobre a saúde mental de apenados no Rio Grande do Norte. Objetivos específicos: traçar o perfil sociodemográfico dos participantes; conhecer suas atribuições na assistência à saúde mental de PPL; compreender o fluxo de atendimento (itinerário terapêutico) dos internos; e identificar desafios e possibilidades na assistência à saúde mental, na perspectiva dos entrevistados.

Metodologia

1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, que buscou compreender a percepção de profissionais da justiça e da saúde sobre a assistência à saúde mental de pessoas privadas de liberdade no estado do Rio Grande do Norte. A abordagem qualitativa justifica-se por sua adequação à

investigação de fenômenos que envolvem significados, motivações, crenças e valores, sendo particularmente útil para explorar a complexidade das práticas e percepções dos sujeitos no contexto social e institucional (Minayo, 2012).

2. Local do estudo

O estudo foi realizado na Penitenciária Estadual Dr. Francisco Nogueira Fernandes, popularmente conhecida como Penitenciária de Alcaçuz, localizada no município de Nísia Floresta, distante 25 km da capital Natal/RN. O Complexo Penitenciário de Alcaçuz abriga cerca de 2.620 pessoas privadas de liberdade, sendo 1.789 na unidade pesquisada (Brasil, 2023). A escolha do cenário justifica-se por se tratar da maior penitenciária do estado e por seu histórico de tensões e violência. Estudo recente realizado com policiais penais do sistema prisional do Rio Grande do Norte evidenciou que o trabalho no cárcere é atravessado por violência institucional, hipervigilância, sobrecarga laboral e precarização das relações de trabalho, produzindo importantes efeitos sobre a saúde mental dos trabalhadores, como ansiedade, estresse e sofrimento psíquico (Figueiró *et al.*, 2026).

3. Participantes do estudo

Participaram da pesquisa 14 profissionais que atuavam na instituição há pelo menos seis meses, sendo cinco policiais penais e nove profissionais da saúde, distribuídos entre as seguintes categorias: psicóloga, assistente social, médica, técnicas de enfermagem, enfermeira, cirurgiã-dentista, técnica de saúde bucal e médico. A seleção dos participantes foi orientada pelo critério de saturação teórica, método que consiste em encerrar a coleta de dados quando as informações obtidas passam a apresentar repetição ou redundância, indicando que novos entrevistados não acrescentariam elementos significativos à pesquisa (Fontanella *et al.*, 2011).

Foram excluídos os profissionais que se encontravam em período de férias ou licença no momento da coleta. A amostra foi definida por conveniência, considerando a acessibilidade e a disponibilidade dos participantes, sem a preocupação com representatividade estatística, uma vez que o estudo é de natureza qualitativa (Flick, 2009).

4. Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2025 e março de 2026, por meio de entrevistas semiestruturadas, conduzidas individualmente em locais e horários previamente acordados com os participantes, de modo a garantir sua disponibilidade e conforto, bem como para não inibir a espontaneidade das respostas (Pope; Mays, 2009). As entrevistas foram orientadas por um roteiro contendo as seguintes questões norteadoras: "Quais suas atribuições no tocante à assistência à saúde mental das pessoas privadas de liberdade?"; "Como ocorre o fluxo de atendimento (itinerário terapêutico) das pessoas privadas de liberdade quanto à assistência à saúde mental?"; e "Quais os desafios e possibilidades na assistência à saúde mental de pessoas privadas de liberdade?".

Todas as entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Além disso, foi aplicado um questionário sociodemográfico para caracterizar os participantes quanto a idade, sexo, estado civil, religião, cor/raça/etnia, formação profissional, nível de escolaridade, tempo de atuação na instituição e existência de outros vínculos de trabalho.

5. Procedimentos de análise de dados

As transcrições foram organizadas em um corpus textual único e submetidas à análise lexicográfica com auxílio do software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), versão 0.8 alpha 7. O software foi utilizado para a realização da nuvem de palavras, que evidencia os termos mais frequentes mencionados pelos entrevistados sobre os desafios e possibilidades da assistência à saúde mental no sistema prisional (Salvador *et al.*, 2018).

6. Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da MEJC, sob o parecer nº 3.084.950, e atendeu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013). Foram garantidos o anonimato dos participantes, a privacidade das informações, o direito à desistência em qualquer etapa da pesquisa e a não maleficência. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização para Gravação de Voz antes do início das entrevistas. Para resguardar a identidade dos entrevistados, foram utilizados códigos alfanuméricos (PP para policiais penais e PS para profissionais da saúde). A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e autorização da instituição coparticipante.

Resultados e Discussões

1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Participaram da pesquisa 14 profissionais atuantes na Penitenciária de Alcaçuz, sendo cinco policiais penais (PP) e nove profissionais da saúde (PS). Dentre os participantes, a maioria era do sexo feminino (n = 9; 64,3%), com idade variando entre 26 e 51 anos e média de 35,6 anos (desvio padrão - DP = 8,1). Em relação ao estado civil, metade dos participantes era casada (n = 7; 50%) e metade solteira (n = 7; 50%). Quanto à religião, a maioria se declarou católica (n = 10; 71,4%), seguida por evangélica (n = 2; 14,3%), sem religião (n = 1; 7,1%), com uma participante não tendo informado (n = 1; 7,1%). A cor/raça

autodeclarada predominante foi branca (n = 10; 71,4%), seguida por parda (n = 3; 21,4%), com uma participante não tendo informado (n = 1; 7,1%).

Em relação à formação profissional, todos os policiais penais possuíam ensino superior completo (n = 5; 100%), enquanto os profissionais da saúde apresentavam formações que variavam entre nível médio (técnico de enfermagem e técnico de saúde bucal), graduação completa (psicologia, enfermagem, odontologia, medicina) e pós-graduação (serviço social). Quanto à escolaridade, a maioria possuía ensino superior completo (n = 9; 64,3%), seguida por pós-graduação (n = 2; 14,3%) e ensino médio completo (n = 3; 21,4%). O tempo médio de atuação na instituição foi de 6,3 anos (desvio padrão - DP = 5,8), variando de 3 meses a 16 anos. A maioria dos profissionais não possuía outro vínculo de trabalho (n = 9; 64,3%), enquanto cinco participantes (35,7%) relataram atuar em outras instituições, como escola, consultório particular, medicina ocupacional e hospital.

2. Atribuições dos profissionais na assistência à saúde mental

As atribuições dos participantes da pesquisa estão sumarizadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Atribuições dos participantes da pesquisa na assistência à saúde mental das PPL

Profissional	Atribuições na assistência à saúde mental
PP - Policial Penal	Identificar demandas de saúde mental dos internos no dia a dia; encaminhar os casos à equipe de saúde; realizar triagem inicial; acompanhar internos em atendimentos; gerenciar situações de crise e surto; comunicar-se com a coordenação de saúde.
PS - Profissional da Saúde	Realizar acolhimento e escuta qualificada; fazer triagem e identificação de transtornos mentais; conduzir atendimentos individuais e em grupo; prescrever e administrar medicações; encaminhar para serviços especializados; articular o fluxo de atendimento com a equipe multidisciplinar.

Fonte: elaborado pelos autores.

A análise das entrevistas revelou que as atribuições dos profissionais se distribuem de maneira complementar, mas com funções bem delimitadas. Os policiais penais atuam como a "porta de entrada" do sistema, identificando demandas de saúde mental a partir do contato diário com os internos. Já os profissionais da saúde são responsáveis pelo cuidado clínico e psicossocial, incluindo triagem, prescrição de medicamentos e articulação com a rede externa. Essa divisão de tarefas evidencia a dependência dos policiais penais para a identificação de sofrimento psíquico, função para a qual não recebem formação específica.

A literatura aponta que a assistência em saúde mental no sistema prisional deve pautar-se pelo princípio da equivalência, garantindo às pessoas privadas de liberdade o mesmo padrão de cuidado disponível à população em geral (Alves *et al*., 2025). No entanto, a oferta desse cuidado em ambientes marcados por superlotação e precariedade estrutural exige estratégias que considerem os estressores do cárcere. Cunha *et al*. (2025) destacam que a carência de políticas públicas e a escassez de equipes multiprofissionais resultam em uma assistência fragmentada, na qual os profissionais enfrentam o dilema do duplo papel, atuando como cuidadores e agentes institucionais, o que pode comprometer a qualidade do atendimento (Alves *et al*., 2025).

Por fim, os autores apontam que o isolamento social agrava o sofrimento psíquico, enquanto o suporte familiar atua como fator protetivo, corroborando os achados da presente pesquisa sobre a relevância do vínculo familiar no cuidado em saúde mental (Cunha *et al*., 2025).

3. Fluxo de atendimento (itinerário terapêutico)

O fluxo de atendimento (itinerário terapêutico) das PPL está descrito na Figura 1.

O itinerário terapêutico percorrido pelos internos em busca de assistência à saúde mental inicia-se com a identificação da demanda, que pode ocorrer de duas formas: por solicitação espontânea do interno ou por observação do policial penal durante o contato diário. Em seguida, o nome do interno é anotado e repassado ao setor de saúde, onde ocorre a triagem realizada pela equipe de enfermagem e psicologia. A partir dessa triagem, o caso é classificado como urgência/crise ou demanda leve/rotina. Nos casos de urgência, o interno é encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com possível regulação para internação psiquiátrica (Hospital João Machado, CAPS). Nos casos de rotina, o interno é inserido em lista de espera para atendimento com psicóloga e, posteriormente, avaliação médica/psiquiátrica. O fluxo evidencia a centralidade dos policiais penais como primeiros respondedores e a dependência da rede externa para situações de maior complexidade.

A fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atender as necessidades das pessoas privadas de liberdade com transtorno mental é evidenciada por Melo *et al*. (2025), que apontam que os serviços da RAPS são insuficientes para atender as necessidades populacionais, com fragilidades estruturais, escassez de recursos humanos e materiais, além da ausência de Projetos Terapêuticos Singulares compartilhados e da pouca frequência de reuniões intersetoriais para discussão de casos. Os autores destacam que a articulação entre saúde e justiça, por meio de diálogos e ações intersetoriais, constitui elemento fundamental para o acolhimento e o cuidado humanizado ao "louco infrator", visando à reabilitação e à reinserção social.

4. Desafios e possibilidades na assistência à saúde mental

A análise das entrevistas revelou um cenário complexo, no qual a assistência à saúde mental no sistema prisional é atravessada por contradições profundas. De um lado, reconhece-se o esforço dos profissionais em oferecer cuidado em condições adversas; do outro, evidencia-se a precariedade estrutural que transforma a prisão em um espaço de produção de sofrimento, e não de cuidado. Os desafios apontados pelos entrevistados refletem, em grande medida, a ausência de políticas públicas efetivas e a negação sistemática de direitos básicos à população privada de liberdade, o que se insere em um padrão mais amplo de desigualdade social e exclusão que atravessa a sociedade brasileira, conforme ilustrado na Figura 2.

A literatura crítica aponta que a redução do sofrimento psíquico ao uso de medicamentos, prática recorrente no sistema prisional, expressa o fenômeno da medicalização social, que reduz a complexidade do viver à lógica biomédica e ao diagnóstico psiquiátrico (Tesser; Luz, 2025). No contexto do cárcere, essa abordagem se mostra insuficiente, pois silencia os sintomas sem atuar sobre as causas estruturais do adoecimento. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), como superlotação, violência, isolamento social, ruptura de vínculos familiares e ausência de políticas públicas, são centrais para compreender o processo de adoecimento das pessoas privadas de liberdade.

Nesse sentido, a medicação, embora por vezes necessária, não é capaz de enfrentar as condições que produzem o sofrimento psíquico, sendo necessário que as políticas de saúde mental no cárcere articulem cuidado integral, assistência social e garantia de direitos (Paim & Silva, 2024). A Figura 2 ilustra esses desafios e possibilidades a partir da nuvem de palavras gerada pelas falas dos entrevistados.

Conclusão

A assistência à saúde mental das pessoas privadas de liberdade no cenário estudado é marcada por contradições profundas. Os resultados evidenciam que, embora exista um arcabouço legal que assegure o direito à saúde da população carcerária, a efetivação desse direito esbarra em obstáculos estruturais que comprometem a qualidade do cuidado ofertado. A superlotação, a escassez de recursos humanos e materiais, a ruptura dos vínculos familiares e a dependência quase exclusiva da medicalização como estratégia de manejo do sofrimento psíquico revelam um sistema que responde ao adoecimento mental com a lógica do controle, em vez do cuidado integral.

Os profissionais entrevistados reconhecem essas limitações e apontam a necessidade de políticas públicas mais efetivas, de ampliação das equipes de saúde e de fortalecimento do suporte familiar como caminhos para a melhoria da assistência.

Como limitação do estudo, destaca-se a dificuldade em realizar a coleta de dados em virtude da sobrecarga de atribuições dos participantes, que conciliam suas funções na instituição com outros vínculos de trabalho, bem como das fragilidades estruturais da unidade prisional, que não dispõe de espaços adequados para a realização das entrevistas, o que em alguns momentos comprometeu a privacidade e a fluidez das falas dos entrevistados.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a visibilidade de um tema historicamente negligenciado, fornecendo subsídios para a formulação de políticas públicas que articulem saúde, segurança, assistência social e educação

no âmbito prisional. A experiência dos profissionais que atuam no cotidiano do cárcere, policiais penais e trabalhadores da saúde, é uma fonte privilegiada de conhecimento para a gestão hospitalar e para a organização de serviços que efetivamente respondam às necessidades da população privada de liberdade. Além disso, espera-se que os achados possam fomentar debates sobre a necessidade de superar a lógica medicalizante e de investir em estratégias de cuidado integral, que considerem os determinantes sociais da saúde como centrais para a compreensão e o enfrentamento do sofrimento psíquico no sistema prisional.

Referências

ALVES, B. P. *et al.* Ethical, clinical, and legal challenges of mental health care in prisons: between constraints and clinical integrity. **International Journal of Law and Psychiatry,** v. 105, p. 102165, 2025.

BRASIL. **Lei de Execução Penal nº 7.210, de 11 de julho de 1984.** Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1984.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** 2. ed. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012,** do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN – Atualização Junho/2019.** Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Relatório de Atividades nº 2/2023/COS/CGCAP/DIRPP/SENAPPEN. Ação de Cidadania no Complexo Penitenciário de Alcaçuz/RN.** Processo nº 08016.005404/2023-27. Brasília, DF, 2023.

CUNHA, M. B. S. *et al.* **O impacto do sistema prisional na experiência de privação de liberdade.** 1. ed. São Paulo: Editora Arché, 2025.

FIGUEIRÓ, R. A. *et al.* Entre a hipervigilância e o cuidado coletivo: pesquisa-intervenção em saúde mental com policiais penais no sistema prisional. **Revista Tópicos,** 2026.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011.

GUIMARÃES, C. C. V. Análise lexicométrica com IRaMuTeQ: recomendações metodológicas para preparação de corpus textual. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online,** v. 18, p. 14805, 2026.

KEMPER, M. L. C. Desinstitucionalização e saúde mental de privados de liberdade com transtornos mentais: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 27, n. 12, p. 4569-4577, 2022.

LIMA, L. G. A. *et al.* Saúde mental de pessoas privadas de liberdade: uma revisão de escopo da produção científica nacional. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação,** v. 12, n. 2, 2026.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliqueé aux corpus textueles: les primaires socialistes pour l'election présidentielle française. In: **Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles.** Liège, Belgique, 2011.

MELO, T. C. P. *et al.* Perspectivas de atenção integral ao 'louco infrator' na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional,** v. 33, e4051, 2025.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Os determinantes sociais da saúde: revisitando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 29, n. 2, 2024.

POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Uso do software IRAMUTEQ nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde,** v. 31, Supl, p. 1-9, 2018.

SOUSA, S. M. A. *et al.* Saúde mental no ambiente prisional: o papel do suporte psicológico aos trabalhadores da APAC. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação,** v. 11, n. 7, 2025.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Medicalizações: a vida como diagnóstico. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 41, n. 1, 2025.

Anexos



Figura 1 – Fluxograma do itinerário terapêutico para assistência à saúde mental no sistema prisional

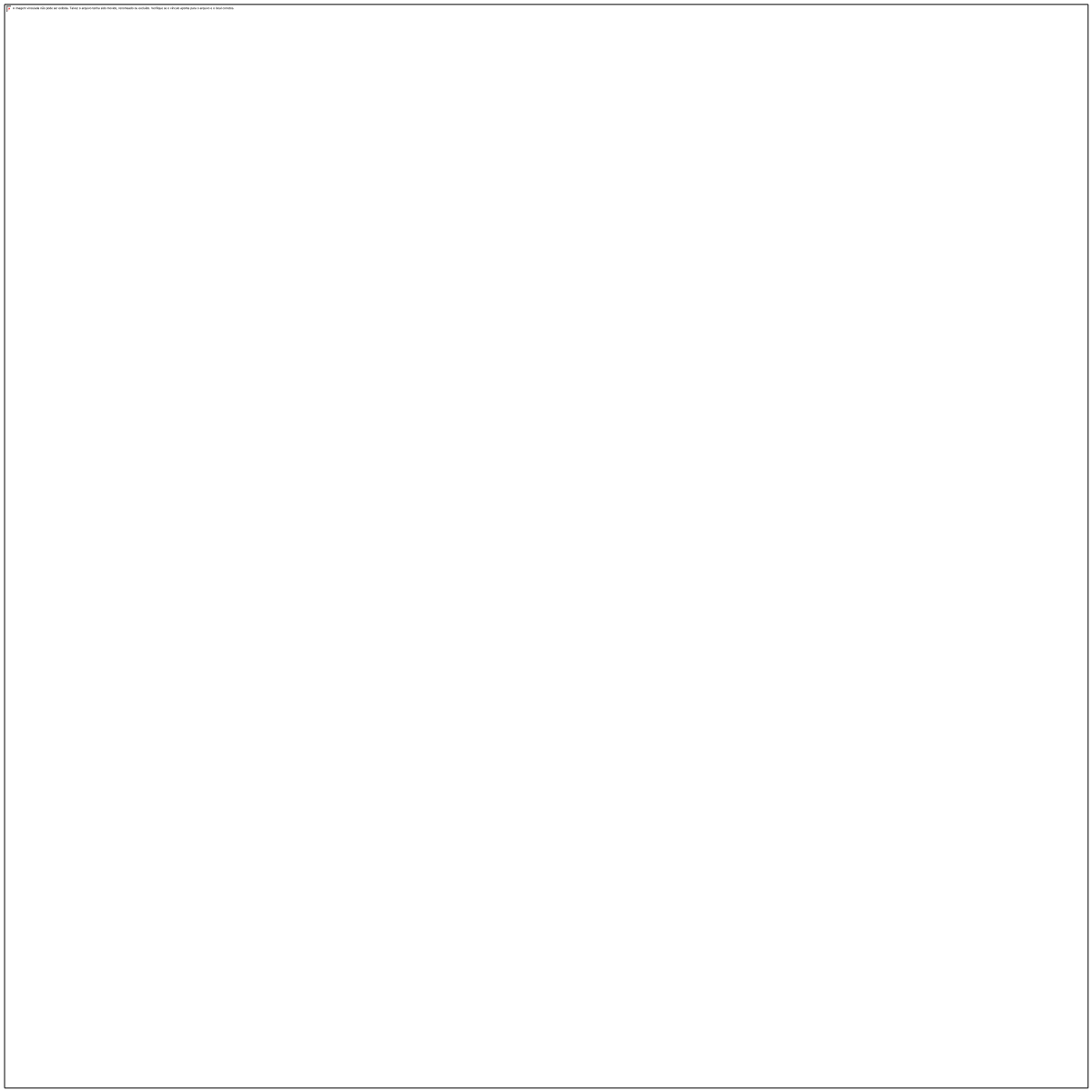


Figura 2 – Nuvem de palavras dos desafios e possibilidades mencionados pelos entrevistados

CÓDIGO: SB0080

AUTOR: VERONIQUE SANTOS DE SANTANA GUERREIRO DE SOUSA

ORIENTADOR: THEO DUARTE DA COSTA

TÍTULO: Percepção dos profissionais da gestão em saúde sobre a auditoria em saúde: Mapeando conhecimento.

Resumo

Este trabalho insere-se no contexto do Sistema Único de Saúde, que ainda apresenta desafios relacionados à gestão dos recursos e à eficiência na execução dos serviços. Nesse contexto, a Auditoria em Saúde destaca-se como instrumento estratégico para fortalecer a gestão pública, contribuindo para o controle, avaliação e qualificação dos processos assistenciais e administrativos. O estudo objetivou analisar o conhecimento e a percepção de profissionais da gestão em saúde e áreas administrativas sobre a auditoria em saúde no âmbito do SUS, considerando as diretrizes do Sistema Nacional de Auditoria. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma secretaria municipal de saúde no Estado do Rio Grande do Norte. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado aplicado a sete participantes. Os dados foram organizados e analisados com base em procedimentos inspirados no IRaMuTeQ. Os resultados evidenciaram que a auditoria é compreendida como instrumento de controle e fiscalização, com menor reconhecimento de sua função estratégica, além de lacunas de conhecimento e fragilidades na integração entre auditoria e setores administrativos. Conclui-se que é necessário fortalecer a auditoria como ferramenta de apoio à gestão, por meio de capacitação e integração institucional, visando otimizar a aplicação dos recursos públicos e aprimorar a qualidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Auditoria em Saúde. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde.

TITLE: Health management professionals' perception of health auditing: Mapping knowledge.

Abstract

This work is set within the context of Brazil's Unified Health System (SUS), which still faces challenges related to resource management and service delivery efficiency. In this context, Health Auditing stands out as a strategic tool for strengthening public management, helping with the control, evaluation, and improvement of care and administrative processes. The study aimed to analyze the knowledge and perception of health management and administrative professionals regarding health auditing in the scope of SUS, considering the guidelines of the National Auditing System. This is a descriptive study with a qualitative approach, conducted in a municipal health department in the state of Rio Grande do Norte. Data were collected through a semi-structured questionnaire applied to seven participants. The data were organized and analyzed based on procedures inspired by IRaMuTeQ. The results showed that auditing is seen as a tool for control and oversight, with less recognition of its strategic role, along with gaps in knowledge and weaknesses in the integration between auditing and administrative departments. It is concluded that it is necessary to strengthen auditing as a management support tool through training and institutional integration, aiming to optimize the use of public resources and improve the quality of healthcare services.

Keywords: Health Audit. Health Management. Unified Health System.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma das principais conquistas sociais brasileiras, resultante do movimento da Reforma Sanitária e fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1990a; Miranda; Mendes; Silva, 2017). Sua organização é estabelecida pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, regulamentadas pelo Decreto nº 7.508/2011, que definem bases para a organização, gestão, descentralização, participação social e planejamento regionalizado do sistema (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2011; CONASS, 2015).

Apesar dos avanços institucionais, o SUS enfrenta desafios relacionados ao financiamento, à organização federativa e à eficiência na utilização dos recursos públicos. Problemas de gestão podem comprometer a qualidade da assistência e a efetividade das políticas públicas, evidenciando a necessidade de mecanismos de controle, monitoramento e avaliação (Miranda; Mendes; Silva, 2017). Nesse contexto, a auditoria em saúde constitui instrumento estratégico de apoio à gestão, contribuindo para avaliar a conformidade das ações, identificar falhas, racionalizar recursos, fortalecer a transparência e qualificar os processos administrativos e assistenciais (Azevedo; Gonçalves; Santos, 2018; Costa et al., 2021; Souza; Frey, 2024).

A auditoria também possibilita identificar inconsistências e oportunidades de melhoria, fornecendo subsídios técnicos para a tomada de decisões e para a qualificação dos serviços (BRASIL, 2017; Costa et al., 2021). No Brasil, sua atuação é normatizada pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA), instituído pela Lei nº 8.689/1993 e regulamentado pelo Decreto nº 1.651/1995, com a finalidade de fortalecer o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde e contribuir para a adequada aplicação dos recursos públicos (BRASIL, 1993; BRASIL, 1995). O SNA está estruturado nos níveis federal, estadual e municipal e realiza análises técnicas, recomendações e verificações

de conformidade, abrangendo aspectos orçamentários, administrativos, operacionais e patrimoniais (BRASIL, 2014).

Embora sua relevância institucional seja reconhecida, profissionais que não atuam diretamente no SNA podem apresentar compreensão limitada sobre suas funções e potencial estratégico. A auditoria pode ser equivocadamente associada apenas à fiscalização e punição, quando também possui caráter educativo, orientativo e de melhoria contínua, o que pode dificultar a articulação entre os setores administrativos e as unidades de auditoria (Azevedo et al., 2018). Quando integrada aos processos de gestão, pode produzir informações qualificadas para o planejamento, monitoramento, avaliação e tomada de decisões, fortalecendo a governança e a accountability no SUS (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, compreender o conhecimento e a percepção dos profissionais das áreas administrativas e de gestão é fundamental para identificar fragilidades institucionais e fortalecer a cultura de controle e avaliação (Costa et al., 2021; CONASS, 2015). Embora a produção científica discuta as funções normativa, operacional e de controle da auditoria, ainda são limitados os estudos sobre a percepção de profissionais administrativos e gestores acerca de sua atuação no SUS (Azevedo; Gonçalves; Santos, 2018; Costa et al., 2021; Souza; Frey, 2024; Araújo et al., 2022).

Diante disso, questiona-se: qual a compreensão dos profissionais que atuam nas áreas administrativas e de gestão sobre a auditoria no SUS, particularmente quanto aos componentes do SNA? O objetivo geral é identificar essa compreensão, considerando os princípios, diretrizes e normativas do Sistema Nacional de Auditoria. Especificamente, busca-se analisar o nível de conhecimento desses profissionais; identificar suas percepções sobre o papel da auditoria como instrumento de apoio à gestão, controle e melhoria da qualidade dos serviços; e verificar possíveis lacunas de compreensão sobre a atuação do SNA na administração pública municipal.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, conforme a proposta de Creswell (2018). A pesquisa qualitativa busca compreender fenômenos sociais a partir das percepções, interpretações e experiências dos participantes, possibilitando apreender significados relacionados ao objeto investigado.

A pesquisa foi realizada em uma Secretaria Municipal de Saúde do estado do Rio Grande do Norte, que possui componente municipal de auditoria regulamentado e atuante, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), estabelecidas pela Lei nº 8.080/1990, Lei nº 8.689/1993 e Decreto nº 1.651/1995 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1993; BRASIL, 1995).

A população do estudo compreendeu profissionais vinculados à gestão e ao controle social do SUS, identificados durante o mapeamento institucional. A amostra foi selecionada por conveniência, considerando a disponibilidade e o aceite dos

participantes, estratégia compatível com a abordagem qualitativa, que prioriza a profundidade das informações em detrimento da representatividade numérica. Participaram sete profissionais, sendo dois do setor administrativo da Secretaria Municipal de Saúde, três conselheiros municipais de saúde e duas gestoras de serviços conveniados ao SUS.

Entre os participantes, quatro eram do sexo masculino (57,1%) e três do sexo feminino (42,9%), com idades entre 37 e 49 anos e média aproximada de 39,6 anos. Quanto à formação, houve diversidade nas áreas de Saúde Coletiva, Ciências Humanas, Biomedicina, Nutrição e Farmácia, incluindo diferentes níveis de qualificação, como graduação, pós-graduação lato sensu e mestrado. Os profissionais exerciam atividades relacionadas à administração, regulação, faturamento, gestão de contratos, controle social e gestão de instituições prestadoras de serviços conveniados ao SUS. Essa composição possibilitou reunir diferentes perspectivas sobre a auditoria em saúde e suas interfaces com a gestão, a prestação de serviços e o controle social.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado (Apêndice A), composto por questões sociodemográficas e questões abertas e fechadas relacionadas à auditoria em saúde. Os instrumentos foram aplicados presencialmente ou disponibilizados digitalmente por meio do Google Forms, assegurando sigilo, anonimato e acessibilidade aos participantes.

A coleta foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob CAAE nº 87091125.9.0000.5537, submetido em 06 de maio de 2025, em conformidade com os preceitos éticos vigentes para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Lei nº 14.874/2024 (BRASIL, 2024).

Os dados foram organizados e sistematizados a partir das respostas dos questionários. Inicialmente, realizou-se leitura integral do material, buscando compreender os sentidos atribuídos pelos participantes à auditoria em saúde e identificar os principais temas presentes nos discursos. Posteriormente, as respostas foram reunidas em um corpus textual e submetidas a procedimentos de análise lexical inspirados no software IRaMuTeQ. Foram analisadas a frequência de ocorrência dos termos, as relações de coocorrência e os agrupamentos temáticos presentes no material.

Na classificação hierárquica descendente (CHD), foram identificados núcleos de sentido recorrentes, posteriormente agrupados em quatro categorias analíticas: Organização do processo de auditoria; Fragilidades e desafios operacionais; Contribuições da auditoria para a gestão; e Resultados e impactos da auditoria nos serviços. Complementarmente, realizou-se análise de similitude, permitindo examinar as conexões entre os termos mais frequentes e identificar os principais eixos semânticos dos discursos.

Os resultados foram interpretados à luz da literatura científica sobre Auditoria em Saúde, Sistema Nacional de Auditoria e Gestão Pública em Saúde, buscando compreender os conhecimentos, percepções e lacunas identificados entre os participantes. A inteligência artificial Chat GPT foi utilizada exclusivamente como ferramenta de apoio à organização textual, identificação preliminar de categorias e construção de representações gráficas, mediante prompts apresentados no Apêndice B.

A interpretação analítica, a validação dos resultados e as decisões metodológicas permaneceram sob responsabilidade da pesquisadora.

Resultados e Discussões

3 RESULTADOS

3.1 Análise de frequência

A análise de frequência identificou os termos de maior ocorrência no corpus das entrevistas, destacando-se auditoria, recurso, gestão, controle, serviço e processo, indicando a centralidade desses conceitos nos discursos dos participantes. A nuvem de palavras (Figura 1), evidência visualmente essa distribuição lexical, com predominância de termos relacionados à organização dos processos administrativos e ao acompanhamento da aplicação dos recursos no sistema de saúde, além de contrato, pagamento, comunicação, qualidade, fiscalização e fluxo.

3.2 Classificação hierárquica descendente

A classificação hierárquica descendente (Figura 2) identificou quatro classes textuais que representam os principais núcleos de sentido do corpus. A Classe 1 reúne aspectos relacionados à organização do processo de auditoria, incluindo rotinas institucionais, planejamento e estrutura de funcionamento do setor. A Classe 2 concentra fragilidades e desafios operacionais, como limitações estruturais e insuficiência de recursos humanos. A Classe 3 aborda as contribuições da auditoria para a gestão, especialmente o acompanhamento, a avaliação dos processos e o controle das atividades administrativas. A Classe 4 reúne os resultados percebidos e os impactos da auditoria no funcionamento dos serviços e nos processos institucionais.

3.3 Análise de similitude

A análise de similitude (Figura 3), evidenciou as relações de coocorrência entre os termos mais frequentes. Auditoria ocupou posição central na rede lexical, conectando-se principalmente aos eixos controle, gestão e recursos. O eixo controle relaciona-se a fiscalização, processo e glosa; gestão associou-se a planejamento, qualidade e serviço; e recursos relacionaram-se a contrato, pagamento e

faturamento. Também foram observadas conexões com comunicação e fluxo, indicando relações entre os processos de auditoria e a organização das atividades assistenciais.

A partir desses resultados e da análise dos discursos, foram construídas quatro categorias temáticas: compreensão das atribuições da auditoria; auditoria como instrumento de apoio à gestão; fragilidades estruturais; e desafios relacionados à qualificação profissional e ao fortalecimento institucional do componente municipal de auditoria.

3.4 Compreensão da auditoria no SUS: entre percepção limitada e base normativa

As falas indicam que a auditoria no SUS ainda é compreendida de forma predominantemente restrita pelos profissionais da gestão, sendo frequentemente associada às funções de fiscalização e controle e, em alguns casos, a uma lógica punitiva. Essa percepção limita o reconhecimento da auditoria como instrumento estratégico de gestão e reduz sua capacidade de contribuir para decisões e para a melhoria da qualidade assistencial.

“A importância da auditoria é essa… vistoriando, vendo se os serviços realmente estão sendo feitos de forma correta” (Setor administrativo, entrevistado 1).

“A auditoria, ela serve como controlador, ela controla realmente as verbas, ela tem que existir, não pode deixar solto” (Gestor, entrevistado 2).

Sob a perspectiva normativa, a auditoria constitui componente da governança pública, com atribuições de controle, avaliação e apoio à gestão. Sua institucionalização pelo Sistema Nacional de Auditoria reforça seu papel na transparência e na accountability. Entretanto, observa-se distância entre essa base normativa e sua aplicação prática, uma vez que a auditoria ainda não é plenamente incorporada como ferramenta estratégica no cotidiano dos serviços.

“O papel da auditoria é essencial para a adequada alocação de recursos do SUS” (Conselheiro, entrevistado 1).

“Ela está para garantir a qualidade e uso adequado dos recursos públicos no sistema de saúde” (Gestor 1).

Azevedo, Gonçalves e Santos (2018) destacam que a auditoria possibilita avaliar a qualidade de processos, sistemas e serviços, além de contribuir para o planejamento e aperfeiçoamento das ações de saúde. Os autores também apontam a escassez de produções científicas sobre auditoria no SUS. Nesse sentido, é necessário superar a visão restritiva da auditoria, ampliando sua dimensão estratégica por meio de educação permanente, fortalecimento institucional e maior integração com a gestão.

3.5 Auditoria como instrumento estratégico: potencial versus operacionalização

A auditoria possui potencial para contribuir com a qualificação da assistência, a otimização dos recursos e o fortalecimento da tomada de decisão, ao avaliar processos, identificar falhas e propor melhorias. Entretanto, os resultados indicam que esse potencial ainda não é plenamente explorado, permanecendo limitado por uma utilização predominantemente operacional.

“A auditoria é extremamente importante por isso, porque ela vai identificar se está sendo feito, se tem habilitação, se para aquela especializada ter o recurso vindo, se precisa de alguma habilitação, se precisa de algum código” (Setor Administrativo, entrevistado 2).

“Esse serviço de auditoria ajuda bastante tanto a economizar e a melhor gerir o erário público, quanto pode otimizar a prestação dos serviços pactuados ou conveniados para a população” (Conselheiro, entrevistado 3).

Observa-se baixa incorporação da auditoria aos processos decisórios. Os relatórios, que deveriam subsidiar o planejamento e a gestão, nem sempre são utilizados sistematicamente, revelando fragilidades na integração entre auditoria e gestão. Costa et al. (2021) destacam que os relatórios de auditoria constituem suporte para a orientação gestora e melhoria do SUS, mas apontam também a concentração das auditorias em demandas operacionais e administrativas. Assim, é necessário fortalecer mecanismos institucionais que garantam a utilização dos achados da auditoria na tomada de decisão e consolidar uma cultura de melhoria contínua.

3.6 Fragilidades estruturais e governança da auditoria no SUS

Os resultados demonstram fragilidades estruturais que comprometem a efetividade da auditoria como instrumento de governança, relacionadas à baixa institucionalização, insuficiência de recursos e limitada integração aos processos decisórios. Como consequência, a auditoria tende a ocupar posição periférica na gestão, reduzindo sua capacidade de influenciar a organização dos serviços e a qualidade da assistência.

“É até a questão da acessibilidade, ser mais acessível. Um telefone de contato, alguém que a gente possa tirar as dúvidas…, se falar uma língua só, porque aqui existe uma auditora que diz uma coisa, a outra auditora discorda” (Gestor, entrevistado 2).

“Que tenha uma melhor estrutura física com transporte para que possa ter disponibilidade no momento que precisar” (Conselheiro, entrevistado 3).

A governança em saúde requer mecanismos de transparência, eficiência e responsabilidade na utilização dos recursos públicos. Nesse contexto, a auditoria fornece informações qualificadas para a tomada de decisão e o aprimoramento dos processos de gestão. Contudo, sua efetividade depende de estruturas organizacionais sólidas e processos definidos, condições nem sempre presentes nos serviços de saúde.

Souza et al. (2023) apontam que o componente municipal de auditoria está presente apenas em alguns municípios, enfraquecendo as ações de controle e favorecendo a ineficiência. Souza e Frey (2024) também evidenciam que, apesar de sua importância, a utilização da auditoria nos municípios ainda é limitada, comprometendo a gestão e a governança do SUS.

“Elas têm que auditar, lógico, tem que ver o que é correto, o que está errado, sinalizar e orientar, não já glosar…, e ser mais flexível, porque o SUS já é tão complexo… Então assim facilitar um pouco para a população” (Gestor, entrevistado 2).

Diante desse cenário, torna-se necessário fortalecer a estrutura da auditoria, garantindo sua presença efetiva nas diferentes esferas de gestão, com investimentos em organização, definição de processos e integração aos instrumentos de governança.

3.7 Recursos humanos, qualificação e desafios para consolidação da auditoria

Os recursos humanos constituem um dos principais desafios para a consolidação da auditoria no SUS. Sua atuação depende de profissionais qualificados, com competências técnicas e capacidade analítica, mas a formação e capacitação ainda são insuficientes.

“Também para que tenham uma carreira dos profissionais auditores (…), hoje já temos profissionais concursados, mesmo assim é muito aquém do que o departamento demanda” (Conselheiro, entrevistado 3).

A auditoria exige abordagem multidisciplinar, capaz de integrar diferentes áreas do conhecimento e ampliar a análise dos processos assistenciais e administrativos. Entretanto, a ausência de equipes estruturadas e de capacitação contínua dificulta essa prática.

“Nunca tive capacitação da auditoria, a gente vai lá recebe orientações, mas treinamento não” (Setor administrativo, entrevistado 1).

“Teve várias capacitações, vários congressos que sequer foi chamado alguém da auditoria, até mesmo relaciono ao meu setor que seria importante a gente ir, junto com a auditoria, mas não foi, levaram outras pessoas” (Setor administrativo, entrevistado 2).

Araújo et al. (2022) destacam a escassez de produções científicas sobre auditoria no SUS, enquanto Farias e Van Bellen (2023) apontam baixo nível de capacidade institucional, caracterizado por processos pouco estruturados e dependência de competências individuais. Assim, é fundamental investir na qualificação contínua, na formação técnica e científica e no desenvolvimento de equipes multiprofissionais, fortalecendo a auditoria como campo estratégico para a gestão e a melhoria do SUS.

4 DISCUSSÃO

A interpretação dos resultados foi realizada com base na concepção da auditoria em saúde como um instrumento de controle, avaliação e apoio à gestão, conforme preconizado pelo Sistema Nacional de Auditoria. Nessa perspectiva, os achados permitiram identificar avanços e limitações na compreensão dos profissionais acerca do papel da auditoria no SUS, evidenciando desafios relacionados à sua utilização estratégica, à integração entre os setores institucionais e ao fortalecimento da governança em saúde.

Os resultados deste estudo evidenciam que a compreensão da auditoria em saúde entre os profissionais da gestão e das áreas administrativas ainda se apresenta predominantemente vinculada às funções de controle, fiscalização e acompanhamento da aplicação dos recursos públicos. Essa percepção foi observada tanto na análise lexical quanto nos discursos dos participantes, demonstrando que a auditoria ainda permanece fortemente associada à verificação da conformidade dos processos. Tal achado sugere uma compreensão parcial de suas atribuições no contexto do Sistema Único de Saúde (Azevedo; Gonçalves; Santos; 2018).

Essa percepção é respaldada em estudos que indicam que a auditoria historicamente foi consolidada como instrumento de controle administrativo e financeiro, assim contribuindo para associá-la a práticas fiscalizatórias. Entretanto, a literatura destaca que a sua atuação ultrapassa a dimensão normativa, abrangendo também funções

educativas, avaliativas e orientadoras. Nesse sentido, a predominância de uma visão restrita observada entre os participantes revela a persistência de desafios relacionados à disseminação do conhecimento sobre o papel estratégico da auditoria no SUS (BRASIL, 2017; Souza; Frey, 2024).

Outro aspecto relevante identificado refere-se ao distanciamento existente entre a concepção normativa da auditoria e sua percepção pelos profissionais que atuam fora dos componentes formais do Sistema Nacional de Auditoria. Embora alguns participantes tenham reconhecido sua importância para a qualidade dos serviços e para a adequada aplicação dos recursos públicos, verificou-se menor compreensão de sua contribuição para o planejamento, monitoramento e tomada de decisão. Esse cenário evidencia a necessidade de fortalecimento da cultura institucional relacionada à auditoria (BRASIL, 2014; CONASS, 2015).

Os resultados também demonstraram que a auditoria possui potencial reconhecido para apoiar a gestão dos serviços de saúde. Termos como gestão, planejamento, qualidade e melhoria surgiram associados ao núcleo central da análise de similitude, indicando que parte dos participantes compreende sua relevância para além da fiscalização. Tal concepção esta associada a estudos que descrevem a auditoria como ferramenta capaz de produzir informações estratégicas para subsidiar decisões gerenciais e promover maior eficiência na administração pública (Costa et al. 2021; Souza; Frey, 2024).

As fragilidades estruturais identificadas pelos participantes também merecem destaque. Questões relacionadas à comunicação, acessibilidade, padronização das orientações e disponibilidade de recursos foram apontadas como fatores que dificultam a integração entre a auditoria e setores administrativos e de gestão. Tais limitações podem comprometer a efetividade das ações desenvolvidas e reduzir a capacidade da auditoria de exercer plenamente sua função de apoio à governança, especialmente em contextos municipais marcados por restrições organizacionais e operacionais (Souza et al., 2023; Farias; Van Bellen, 2023).

Sob a perspectiva da governança pública, a auditoria constitui importante mecanismo de promoção da transparência, accountability e racionalidade na utilização dos recursos do SUS. Entretanto, sua efetividade depende não apenas da existência formal de estruturas de auditoria, mas também da integração entre os diferentes atores institucionais envolvidos na gestão. Os achados deste estudo sugerem que o fortalecimento dessa articulação representa condição essencial para ampliar o impacto das auditorias sobre os processos organizacionais e assistenciais (BRASIL, 2017; CONASS, 2015).

A qualificação profissional emergiu como outro desafio relevante para a consolidação da auditoria em saúde. Os relatos demonstraram limitações relacionadas tanto à capacitação dos auditores quanto ao conhecimento dos profissionais da gestão acerca das atribuições desse componente. Esse resultado reforça a importância da educação permanente como estratégia para ampliar competências técnicas, fortalecer a cultura avaliativa e favorecer maior aproximação entre auditoria, gestão e controle social (Araújo et al., 2022; Farias; Van Bellen, 2023).

De forma integrada, os achados demonstram que a auditoria em saúde ocupa posição reconhecida no contexto da gestão pública, porém ainda enfrenta desafios para consolidar sua dimensão estratégica. A predominância de uma percepção associada ao

controle, somada às fragilidades estruturais e às limitações de qualificação profissional, evidencia a necessidade de investimentos em integração institucional, educação permanente e fortalecimento dos componentes de auditoria. Tais medidas podem contribuir para ampliar sua capacidade de apoiar a tomada de decisão e promover melhorias na gestão e na qualidade dos serviços ofertados pelo SUS (Costa et al. 2021; Souza; Frey, 2024).

Conclusão

O presente estudo permitiu compreender o nível de conhecimento dos profissionais da gestão e das áreas administrativas sobre a auditoria em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, evidenciando que essa compreensão ainda se apresenta de forma heterogênea e, em muitos casos, limitada. Observou-se a predominância de uma percepção associada ao controle e à fiscalização, com menor reconhecimento da auditoria enquanto instrumento estratégico de apoio à gestão, ao planejamento e melhoria dos serviços.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o reduzido número de participantes, composto por sete sujeitos vinculados a um único município do Rio Grande do Norte, o que restringe a generalização dos achados para outras realidades. Ainda que a amostra tenha contemplado diferentes perfis institucionais – prestadores de serviço, setor administrativo e controle social – sua dimensão reduzida deve ser considerada na interpretação dos resultados.

Adicionalmente, a utilização de uma amostra intencional, definida por conveniência e disponibilidade dos participantes, pode ter introduzido vieses relacionados à seleção dos sujeitos. Soma-se a isso o uso de questionário semi estruturado como instrumento de coleta, cuja efetividade depende da capacidade dos participantes de expressar suas percepções, podendo influenciar a profundidade das respostas obtidas.

Os achados do estudo apontam para a necessidade de fortalecimento da auditoria em saúde enquanto instrumento estratégico de gestão no SUS. Embora reconhecida como importante, sua atuação ainda não é plenamente incorporada aos processos decisórios, o que limita seu potencial de contribuir para a qualificação da assistência e a otimização da aplicação dos recursos públicos.

Nesse sentido, destaca-se a importância da implementação de ações de educação permanente e capacitação voltadas aos profissionais da gestão e das áreas administrativas, com o objetivo de ampliar o entendimento sobre o papel da auditoria. Além disso, o fortalecimento da integração institucional entre auditoria e gestão, por meio de fluxos de comunicação mais eficazes e espaços de cooperação, mostra-se essencial para potencializar sua atuação.

Para além da contribuição acadêmica, este estudo apresenta relevância social e institucional ao abordar um tema diretamente relacionado à melhoria da gestão pública em saúde. O fortalecimento da compreensão sobre o papel da auditoria no SUS pode contribuir para o aprimoramento dos mecanismos de controle, transparência e responsabilidade na administração dos recursos públicos destinados à saúde.

Por fim, o estudo aponta para a necessidade de ampliação das investigações na área, com a realização de pesquisas que contemplem diferentes contextos e incluam múltiplos atores institucionais. O aprofundamento do conhecimento sobre a auditoria em saúde poderá contribuir para sua consolidação como ferramenta de governança, promovendo maior eficiência, transparência e qualidade na gestão do SUS.

Referências

ARAÚJO, Alan Márcio de Brito et al. Atuação do enfermeiro em auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar, v. 3, n. 8, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.47820/recima21.v3i8.1752. Acesso em: 15 jun. 2026.

AZEVEDO, Giovana Aparecida; GONÇALVES, Nathalia Santos; SANTOS, Daniela Copetti. A relação entre a auditoria e o sistema público em saúde. Revista de Administração em Saúde, v. 18, n. 70, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.23973/ras.70.91. Acesso em: 15 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 9 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 9 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 jul. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8689.htm. Acesso em: 9 jun. 2026.

BRASIL. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 set. 1995. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm. Acesso em: 9 jun. 2026.

BRASIL. 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 9 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 maio 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14874.htm. Acesso em: 9 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS no contexto do SNA: qualificação do relatório de auditoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/auditoria_sus_contexto_sna.pdf. Acesso em: 9 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientação para implantação de um componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/denasus/sna/publicacoes/auditoria-do-sus-vol-3-orientacao-para-implantacao-de-um-componente-do-sna. Acesso em: 9 jun. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). A gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015.

COSTA, Theo Duarte da et al. Análise do perfil das ações de auditoria realizadas a partir do sistema de auditoria do Sistema Único de Saúde. Revista de Administração em Saúde, v. 21, n. 83, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.23973/ras.83.290 Acesso em: 9 jun. 2026.

CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2018.

FARIAS, Germano de Oliveira; VAN BELLEN, Hans Michael. Avaliando a qualidade da Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde – AudSUS, a partir do modelo IA-CM. Caderno de Administração, v. 31, n. 1, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.4025/cadadm.v31i1.67119

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte de; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lúcia Abrahão da. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. Saúde e Sociedade, v. 26, n. 2, p. 329–335, 2017.

SOUZA, Clebiana Estela de et al. Auditoria no Sistema Único de Saúde: uma análise do estadiamento do componente municipal de auditoria no estado de Pernambuco. Tempus

– Actas de Saúde Coletiva, v. 12, n. 4, p. 47–64, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.18569/tempus.v12i4.2513. Acesso em 10 jun. 2026.

SOUZA, Wilhams Ramos de; FREY, Irineu Afonso. A auditoria do Sistema Nacional de Auditoria do SUS. Revista do Tribunal de Contas da União, n. 153, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.69518/RTCU.153.256-287. Acesso em: 10 jun. 2026.

Anexos

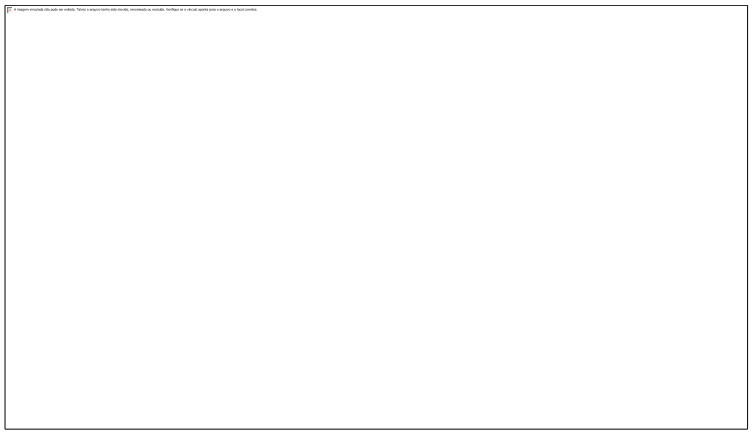


Figura 1 - Nuvem de palavras do corpus das entrevistas sobre auditoria em saúde.

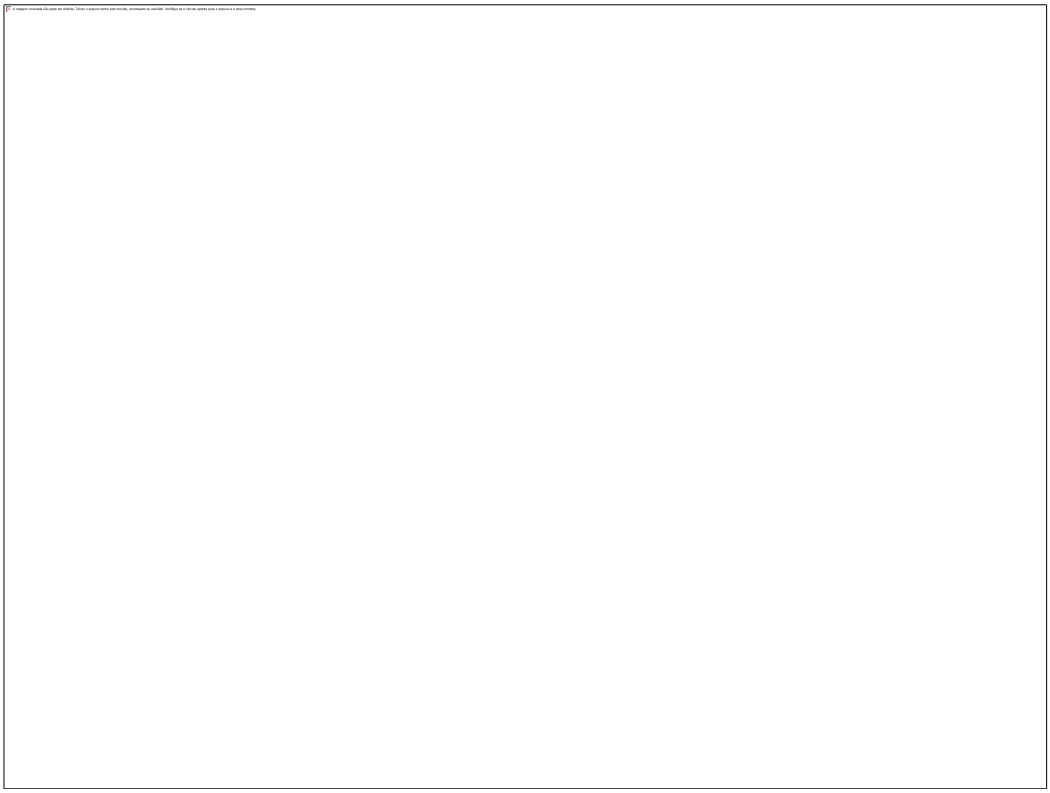


Figura 2 – Estrutura de Ramificação com 4 Classes Principais

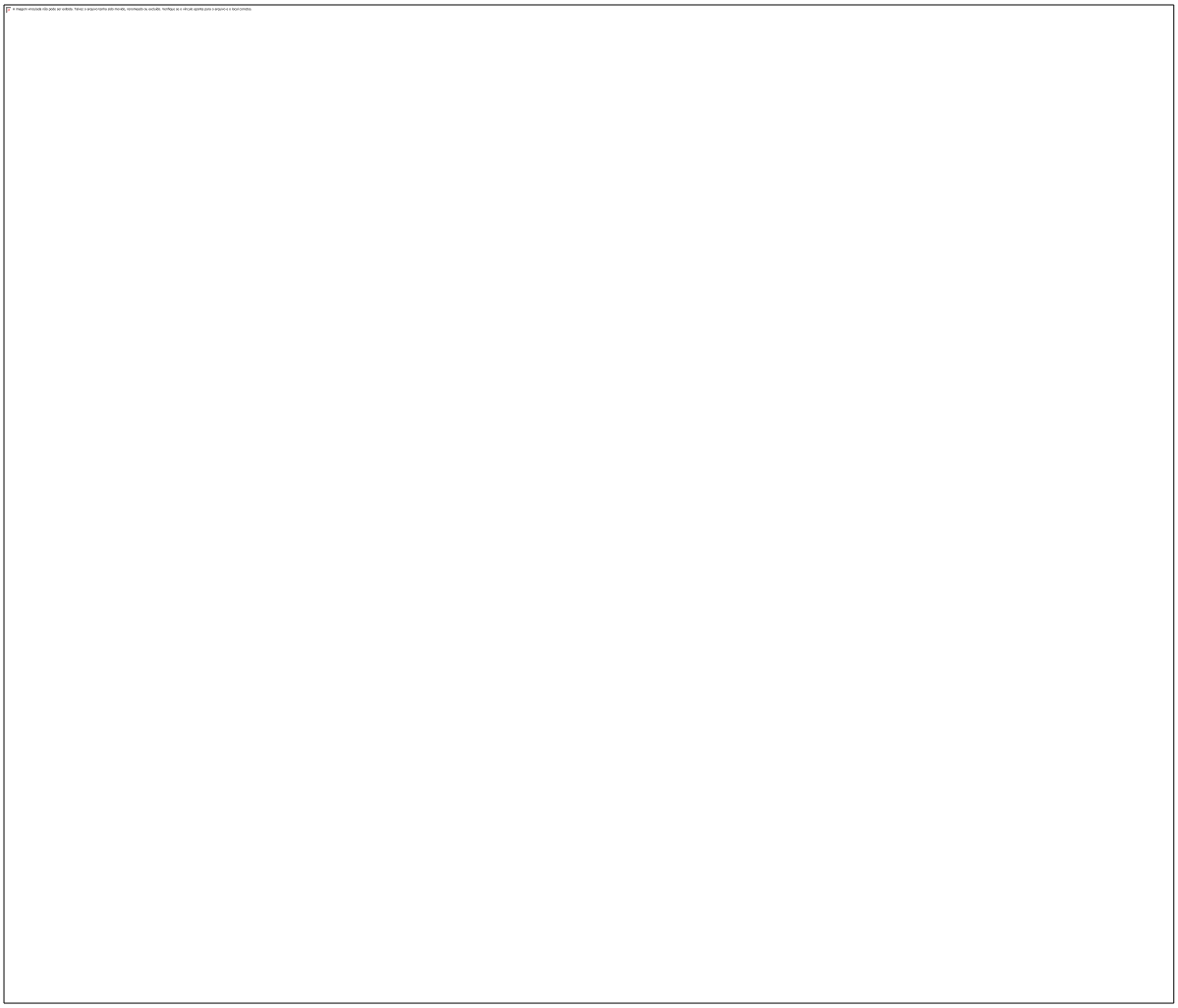


Figura 3 – Análise de Similitude

CÓDIGO: SB0488

AUTOR: ANDREZA ASCENDINO VIANA

COAUTOR: PRISCILA DO VALE MARTINS CORREIA

COAUTOR: PAULA TACIANA SOARES DA ROCHA

ORIENTADOR: PETALA TUANI CANDIDO DE OLIVEIRA SALVADOR

TÍTULO: Estratégias educacionais para o ensino da segurança do paciente na residência multiprofissional em saúde: scoping review

Resumo

Introdução: A segurança do paciente é fundamental para a qualidade da assistência à saúde, sendo a residência em saúde um importante espaço para o desenvolvimento de competências relacionadas ao cuidado seguro. Metodologia: Realizou-se uma revisão de escopo conforme as recomendações do Joanna Briggs Institute e PRISMA-ScR, orientada pelo mnemônico PCC. Foram consultadas bases nacionais, internacionais e literatura cinzenta. Dos 732 estudos identificados, 27 foram incluídos e analisados de forma descritiva. Resultados e discussão: Predominaram artigos originais (20; 74,1%), estudos dos Estados Unidos (18; 66,7%) e residência médica (22; 81,5%). As principais estratégias foram abordagens colaborativas e interprofissionais (12; 44,4%), simulação (9; 33,3%), aprendizagem baseada em casos (8; 29,6%) e ensino on-line (7; 25,9%). Os principais benefícios foram o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, a aproximação entre teoria e prática e o fortalecimento da cultura de segurança. Entre os desafios, destacaram-se limitações de tempo, estrutura curricular, capacitação docente e avaliação das intervenções. Conclusão: As estratégias educacionais apresentaram potencial para fortalecer competências em segurança do paciente. Recomenda-se sua incorporação sistemática à formação dos residentes e a realização de estudos que avaliem seus efeitos em longo prazo e na prática assistencial.

Palavras-chave: Internato e Residência. Ensino. Segurança do Paciente. Saúde.

TITLE: Patient safety education in multiprofessional health residency programs: a scoping review

Abstract

Introduction: Patient safety is essential to the quality of health care, and health residency programs represent an important setting for developing competencies related to safe care. Methods: A scoping review was conducted according to the recommendations of the Joanna Briggs Institute and PRISMA-ScR, guided by the PCC framework. National and international databases and grey literature were searched. Of the 732 studies identified, 27 were included and analyzed descriptively. Results and discussion: Original articles predominated (20; 74.1%), as did studies from the United States (18; 66.7%) and medical residency programs (22; 81,5%). The main strategies were collaborative and interprofessional approaches (12; 44.4%), simulation (9; 33.3%), case-based learning (8; 29.6%), and online teaching (7; 25.9%). The main benefits were the development of knowledge, skills, and competencies, integration of theory and practice, and strengthening of safety culture. Key challenges included limitations in time, curricular structure, faculty training, and evaluation of interventions. Conclusion: Educational strategies showed potential to strengthen patient safety competencies. Their systematic incorporation into residency training and further studies evaluating their long-term effects and impact on clinical practice are recommended.

Keywords: Internship and Residency. Teaching. Patient Safety. Health.

Introdução

A segurança do paciente é fundamental para a qualidade dos cuidados em saúde. A Organização Mundial de Saúde define-a como “um conjunto de atividades, processos e comportamentos destinados a reduzir riscos, prevenir danos evitáveis e minimizar seus impactos quando ocorrerem” (OMS, 2021).

Estima-se que aproximadamente um em cada dez pacientes sofre algum dano relacionado ao cuidado em saúde, representando importante problema mundial, com repercussões para pacientes, profissionais e instituições. Nos países de baixa e média renda, a ocorrência de práticas inseguras é ainda mais preocupante (OMS, 2023). Por isso, a OMS (2016) evidencia a necessidade de fortalecer estratégias de prevenção e promoção da segurança nos serviços de saúde, o que perpassa desenvolver competências voltadas à gestão de riscos e à prevenção de eventos adversos.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), consolidado na Portaria de Consolidação nº 5/2017, estabelece diretrizes para a adoção de estratégias de educação permanente com capacitação dos profissionais para atuarem com foco na qualidade assistencial, desenvolvendo habilidades para identificar, notificar e prevenir riscos e falhas nos processos de cuidado (BRASIL, 2017).

Para tanto, a preparação dos profissionais de saúde deve ultrapassar o domínio técnico-científico. Nesse sentido, é fundamental que o ensino da segurança do paciente esteja presente em todas as etapas da formação, utilizando metodologias que integrem teoria e prática nos diferentes contextos clínicos de aprendizagem, conforme orienta o guia curricular da OMS (2016).

Nesse contexto, Pires e Galvão (2024) destacam que os programas de residência multiprofissional em saúde constituem uma modalidade de ensino que possibilita aprender durante a prática em instituições de saúde, sob a supervisão de preceptores experientes, tornando o ambiente viável na utilização de pedagogias, sendo possível trabalhar a temática da segurança do paciente de forma sistemática e planejada.

Embora não existam estudos que descrevam de forma abrangente os conteúdos dessa temática nos programas de residência multiprofissional, reconhece-se que esse campo necessita de maior incentivo. Evidências apontam que, na graduação em saúde, o ensino da segurança do paciente ainda se apresenta de maneira limitada, sendo uma lacuna na formação, um aspecto crítico, pois pode levar à atuação de profissionais com incipiência de competências fundamentais, comprometendo a adoção de práticas seguras e sustentadas por evidências (Pires; Galvão, 2024).

Diante da relevância da temática e da necessidade de qualificar o processo ensino-aprendizagem na residência, esta revisão de escopo teve como objetivo mapear as estratégias educacionais utilizadas para o ensino da segurança do paciente no contexto da residência em saúde.

Metodologia

Este estudo trata-se de uma revisão de escopo realizada de acordo com as recomendações do JBI Institute Reviewer's Manual, seguindo o arcabouço metodológico proposto por Peters et al. (2015)), contemplando as nove etapas: (1) definição do objetivo e da pergunta de pesquisa; (2) alinhamento dos critérios de inclusão; (3) planejamento da busca; (4) identificação das evidências; (5) seleção dos estudos; (6) extração dos dados; (7) análise das evidências; (8) apresentação dos resultados; e (9) síntese dos achados.

Os critérios de elegibilidade foram definidos com base no mnemônico PCC (P, população; C, conceito; C, contexto). Na população, foram considerados estudos cujo foco era a residência em saúde. Quanto ao conceito, evidenciou-se estudos que descreveram estratégias educacionais voltadas ao ensino da segurança do paciente. Quanto ao contexto, foram incluídos estudos realizados no âmbito do ensino nos serviços e cenários de atenção à saúde.

Portanto, a pergunta norteadora da pesquisa foi: quais estratégias educacionais têm sido utilizadas para o ensino da segurança do paciente no contexto da residência em saúde?

Foram realizadas buscas preliminares para identificar scoping reviews semelhantes nas bases de dados JBI COnNECT+, The Cochrane Library, PROSPERO, OSF e Google Acadêmico. Não foram identificadas revisões e protocolos com temática semelhante, verificou-se apenas um estudo de revisão similar, porém dirigido a uma população distinta, composta por estudantes de graduação (FERREIRA, 2025), o que o distancia do foco da presente investigação.

Para a identificação de palavras-chave utilizadas pelos estudos publicados sobre a temática da pesquisa, foi realizada busca inicial nas bases de dados de descritores nacional (DeCS) e internacional (MeSH), bem como nas bases MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para busca exploratória, culminando na definição da estratégia final que foi adaptada para os motores de busca de cada base que compõem a coleta de dados desta revisão.

As seguintes bases de dados foram campo de busca desta revisão no período de junho à julho de 2026: MEDLINE/PubMed, LILACS/BVS, CINAHL, Google Scholar, Web Of Science (WOS), Education Resources Information Center (ERIC), EMBASE. No que diz respeito a busca na literatura cinzenta, serão utilizadas as bases de dados: Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), DART-Europe E-Theses Portal, Electronic Theses Online Service (EThOS), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), National ETD Portal, Theses Canada, Portal de Tesis Latinoamericanas, World Cat Dissertations and Theses.

Foi utilizada a fase 3 de coleta de dados com busca de publicações de interesse nas referências dos estudos selecionados.

Foram incluídos artigos científicos (pesquisas e relatos de experiência), dissertações e teses que abordam o ensino da segurança do paciente em programas de residência uniprofissionais ou multiprofissionais. Foram excluídos editoriais, artigos de reflexão, revisões e estudos que não tratam do ensino da segurança do paciente ou que abordem com públicos diferentes da residência em saúde.

Utilizou-se o software Rayyan para gerenciamento da coleta e seleção de estudos. Realizou-se a avaliação do título e do resumo de todos os estudos identificados, com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, o que foi realizado por dois revisores de forma independente e um revisor para resolver divergências.

As publicações selecionadas foram recuperadas na íntegra e procedeu-se com a extração dos dados, o que também foi realizado por dois revisores de forma independente, utilizando um instrumento de extração desenvolvido pelos pesquisadores, alinhado ao objetivo e questão norteadora desta revisão. As informações coletadas foram inseridas em uma planilha construída no Microsoft Excel 2010, que incluiu os seguintes dados: tipo de publicação, ano de publicação, país de origem do estudo, formação do autor, objetivo do estudo, desenho metodológico, tipo de residência, profissão dos residentes, período da residência, metodologias de ensino, conteúdos abordados, benefícios do ensino da segurança do paciente e desafios do ensino da segurança do paciente.

Os dados extraídos foram sintetizados de forma descritiva e apresentados em quadros e tabelas, acompanhados de síntese narrativa, conforme recomenda o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).

Resultados e Discussões

Selecionou-se 732 artigos durante a coleta nas bases de dados e, após uma análise no software Rayyan, foram excluídos 692 estudos, sobrando 40 artigos que foram inseridos na planilha construída para análise na íntegra. No decorrer da transcrição das informações, 13 artigos foram excluídos por não se enquadrar nos critérios de inclusão, sendo assim 27 estudos compuseram a amostra final do estudo (Figura 1).

Sobre a caracterização dos estudos (Tabela 1), houve predominância de artigos originais (74,1%) e de estudos publicados entre 2023 e 2025, correspondendo a 18 dos 27 estudos (66,7%). O país de publicação com mais estudos divulgados são os Estados Unidos (66,7%), seguidos pelo Canadá e Brasil (14,8%).

Quanto à formação dos autores, contabilizou-se 18 estudos (77,8%) publicados por médicos e 5 por enfermeiros (18,5%). Em relação ao tipo de residência, a maioria resultou-se em residência médica de várias especialidades (22; 81,5%), posteriormente de residência multiprofissional (4; 14,8%) e de outras modalidades em um estudo (1; 3,7%).

Em relação ao período da residência, 15 estudos (55,6%) apresentaram essa informação, enquanto em 12 (44,4%) o período não foi identificado, entre eles destacam-se períodos do primeiro e segundo ano. Integrar o aprendizado de segurança do paciente na residência médica ou multiprofissional pode ser um desafio, pois a falta de tempo nas agendas de residentes e preceptores (Kim et. al 2025), dificultam na realização de atividades fora da demanda dos serviços diários, segundo Maranhão (2024).

Alguns estudos diferenciam-se quanto à estratégia de duração do ensino, Azhar et al. (2026) adotaram um currículo longitudinal obrigatório EQuIPS (Equidade, Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente) realizado durante toda a residência de forma prática e teórica. Outros autores como Maranhão (2024) abordou a utilização de módulos e intervenções de média duração, podendo durar de semanas a meses. Ou de forma estratégica, a realização de workshop para discutir raciocínio diagnóstico e análise de erros de forma ativa e em equipe, durante 2 horas (Goolsarran et al. 2020).

Quanto ao desenho metodológico, predominaram estudos de intervenção educacional, incluindo avaliações pré e pós-intervenção, estudos prospectivos, retrospectivos comparativos e estudos piloto com 18 estudos (66,7%). Também foram identificados estudos de avaliação com métodos mistos e projetos de melhoria da qualidade com dois estudos cada (4; 7,4%). Os demais delineamentos incluíram ensaio controlado randomizado, avaliação longitudinal de intervenção ou inovação curricular, desenvolvimento da validação de estratégia, relato descritivo de iniciativa educacional e simulação com aprendizagem experiencial em um estudo cada (5; 3,7%).

Dessa forma, as metodologias perpassam com vertentes diferentes que equilibram a teoria, a simulação prática e o engajamento lúdico, como o exemplo do modelo proposto por Santos et al. (2023) com uma abordagem mista, por meio de grupos focais com líderes institucionais, validação estatística rigorosa, inserindo cenários de simulação clínica realística voltados para o aprimoramento de habilidades de comunicação interprofissional e debriefing estruturado.

Além disso, metodologias ativas com estratégias lúdicas e na gamificação como a de Melo et al. (2025), em que se pôde aplicar uma gincana de segurança do paciente estruturada em um circuito competitivo, de baixo custo que rompe com a didática tradicional, promovendo a socialização, o trabalho em equipe interprofissional, atingindo, assim, as metas globais de segurança da Organização Mundial da Saúde.

A análise dos objetivos dos estudos evidenciou cinco categorias temáticas. A primeira categoria direcionada ao desenvolvimento, implementação e avaliação de currículos ou intervenções educacionais (11; 40,7%). Segunda, aqueles voltados ao ensino e à abordagem de conteúdos específicos relacionados à segurança do paciente (5; 18,5%). Terceira, avaliaram estratégias ou métodos educacionais (4; 14,8%), enquanto na quarta (4; 14,8%) favoreceram o desenvolvimento e a aplicação de conhecimentos e competências em segurança do paciente. Na quinta categoria (3; 11,1%) apresentaram objetivos relacionados ao engajamento, à participação dos residentes e ao fortalecimento da cultura de segurança.

Desse modo, através do incentivo durante a formação, o profissional busca ser o protagonista do seu próprio aprendizado, sendo estimulado a realizar autoanálise e a reflexão crítica (Santos 2024) para alcançar o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, de maneira que o erro não seja visto com uma culpabilização, como afirma Azhar (2026) e sim sobre disseminar processos organizacionais que ajudem a analisar falhas.

Quanto às metodologias de ensino, observou-se diversidade de estratégias, sendo frequente a utilização de mais de uma abordagem em um mesmo estudo. As abordagens colaborativas e interprofissionais foram as mais frequentes, presentes em 12 estudos (44,4%), seguidas pela simulação, identificada em 9 estudos (33,3%), pela aprendizagem baseada em casos, em 8 (29,6%), e pelo ensino on-line ou educação a distância, em 7 (25,9%).

Sendo assim, combinar ferramentas de ensino, associando módulos de aprendizagem online e materiais suplementares com seminários presenciais e atividades em pequenos grupos permitiu que os residentes de forma flexível melhorassem na liderança de projetos de melhorias reais no hospital (Arigo 2026).

A aprendizagem experiencial foi utilizada em 6 estudos (22,2%), enquanto os currículos longitudinais estiveram presentes em 5 (18,5%). Também foram identificados workshops ou oficinas em 4 estudos (14,8%), ensino entre pares em 2 (7,4%), além de gincana educativa e observação direta no ambiente clínico, cada uma presente em 1 estudo (3,7%).

Dos 27 estudos analisados, 74,1% apresentaram estratégias de ensino com componente prático, aplicado ou experiencial, envolvendo principalmente simulações, análise de casos e eventos de segurança, projetos de melhoria da qualidade, atividades em equipe, observação direta, gincanas educativas e exercícios práticos. E nos 25,9% restantes, a descrição disponibilizada indicou predominantemente atividades teóricas, discussões, módulos ou treinamentos, sem evidência suficiente de aplicação prática (Tabela 2).

Para Goolsarran (2020) combinar diferentes estratégias de ensino é considerado a forma mais eficaz para aprender sobre segurança do paciente e melhoria de qualidade, sendo

assim ao associar a teoria com uma aprendizagem experiencial e ativa, aumentam as chances de maior engajamento por parte dos residentes e consegue concentrar melhor esses conhecimentos a longo prazo (Azhar 2026).

Nos conteúdos abordados, foram utilizados materiais educacionais estruturados, incluindo módulos de treinamento, guias para facilitadores, roteiros, instrumentos de avaliação, materiais para revisão de eventos e documentos orientadores desenvolvidos ou utilizados pelos autores para apoiar o ensino da segurança do paciente (Tabela 2) .

A seleção dos conteúdos abordados precisam ser bem desenvolvidos e planejados para a necessidade de cada serviço de saúde, para isso, é importante que haja um comprometimento da gestão hospitalar, pois eles são os responsáveis por mapear as reais fragilidades na assistência prestada no cotidiano (Luty 2022).

Além disso, a rotina exaustiva no serviço de saúde pode ser uma barreira para o ensino tradicional, então apresentar momentos de descontração, utilizando jogos, gincanas, ferramentas de acolhimento que causem a sensação de diminuição do cansaço, através da Integração Interprofissional, podem ajudar a despertar o interesse nas práticas de segurança (Melo 2025).

Entre os benefícios decorrentes das estratégias educacionais, predominou o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades relacionadas à segurança do paciente (14; 51,9%), a aproximação entre teoria e prática e a aprendizagem experiencial (10; 37,0%). Seguidas pela melhoria da qualidade e dos processos assistenciais (8; 29,6%) e por aspectos relacionados à satisfação, confiança e engajamento dos participantes (8; 29,6%), além melhoria da identificação e notificação de eventos de segurança (7; 25,9%) e o fortalecimento da cultura de segurança e do ambiente psicologicamente seguro (7; 25,9%). As categorias não são mutuamente exclusivas, uma vez que um mesmo estudo pode apresentar mais de um benefício (Gráfico 1).

Logo, o uso da prática no dia a dia do residente no ambiente de trabalho, diminui a sensação de insegurança, medo de errar com o paciente (Santos 2023), gerando confiança.

Em relação aos desafios para o ensino da segurança do paciente, predominaram as limitações relacionadas ao tempo e à integração curricular, identificadas em nove estudos (33,3%). Também foram frequentes as dificuldades relacionadas à avaliação dos resultados e do impacto das intervenções, presentes em oito estudos (29,6%), especialmente em razão de amostras reduzidas, avaliações subjetivas, ausência de grupos controle e curto período de acompanhamento.

Desafios relacionados ao engajamento e às características dos participantes foram identificados em sete estudos (25,9%), enquanto dificuldades de implementação e adaptação das estratégias ocorreram em seis (22,2%). As limitações relacionadas à disponibilidade e capacitação de docentes e facilitadores foram observadas em cinco estudos (18,5%). A dificuldade de articulação entre teoria e prática e a necessidade de maior estruturação curricular para o ensino da segurança do paciente e da melhoria da qualidade foram identificadas em quatro estudos (14,8%) cada. Um mesmo estudo pode apresentar mais de um desafio.

Embora tenham sido identificados benefícios relacionados ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, também foram observados desafios para a implementação dessas estratégias. De acordo com Kim (2025), existe uma dificuldade para realizar pesquisas e mensurar os impactos que elas causam ao longo do tempo, como, por exemplo, identificar a redução de erros reais à beira do leito ou na melhoria de desfechos clínicos. Esses resultados reforçam a importância de fortalecer e sistematizar o ensino da segurança do paciente nos programas de residência.

Conclusão

Esta revisão de escopo permitiu identificar estratégias educacionais utilizadas para o ensino da segurança do paciente no contexto da residência em saúde, evidenciando a predominância de metodologias ativas, simulação, aprendizagem experiencial e abordagens colaborativas e interprofissionais. Os estudos demonstraram benefícios relacionados ao desenvolvimento de competências em segurança do paciente, à aproximação entre teoria e prática, ao fortalecimento da comunicação e do trabalho em equipe, além do aumento da confiança para identificação e notificação de eventos adversos e da promoção de uma cultura de segurança.

Por fim, reforça-se a importância de incorporar o ensino da segurança do paciente de maneira sistemática e articulada, priorizando metodologias que favoreçam a participação ativa dos residentes e a integração interprofissional. Recomenda-se, ainda, o desenvolvimento de estratégias institucionais que garantam tempo incluído na própria matriz curricular dos residentes, não apenas como atividades extras, bem como a preparação dos docentes e continuidade dessas ações educativas, além de investigar a efetividade das estratégias em diferentes modalidades de residência e contextos assistenciais.

Referências

1. ARIGO, Jeffrey D. et al. Eficácia de um currículo formal de residência cirúrgica em qualidade e segurança. Journal of Surgical Education, [S. l.], v. 82, n. 2, p. 103816, 2025. Disponível em:https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2025.103816. Acesso em: 25 ago. 2026.

2. AZHAR, Erum et al. Outcomes of an Equity, Quality Improvement, and Patient Safety (EQuIPS) Curriculum in Community Hospital-Based Family Medicine Residency Program. Journal of Medical Education and Curricular Development, [S. l.], v. 13, p. 1-11, 2026. Disponível em:https://doi.org/10.1177/23821205261422899. Acesso em: 25 ago. 2026.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

4. FERREIRA NETTO, N. et al. Teaching-learning strategies on patient safety in higher education institutions: a scoping review. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 78, n. 1, e20240270, 2025. Disponível em:https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0270. Acesso em: 25 ago. 2026.

5. GOOLSARRAN, Nirvani et al. Using the jigsaw technique to teach patient safety. Medical Education Online, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 1710325, 2020. Disponível em:https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1710325. Acesso em: 25 ago. 2026.

6. KIM, Kain et al. Developing and Implementing a Quality Improvement Curriculum in a Large Internal Medicine Residency Program. Journal of Medical Education and Curricular Development, [S. l.], v. 12, p. 1-12, 2025. Disponível em:https://doi.org/10.1177/23821205251320482. Acesso em: 25 ago. 2026.

7. LUTY, J. et al. Simulating for Quality: A Centralized Quality Improvement and Patient Safety Simulation Curriculum for Graduate Medical Education. Academic Medicine, [S. l.], v. 97, n. 4, p. 529-535, 2022. Disponível em:https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004523. Acesso em: 25 ago. 2026.

8. MARANHÃO, Kariny Sheyla Rodrigues et al. Impacto de uma intervenção educativa sobre segurança do paciente para residentes em anestesiologia. Revista Brasileira de Educação Médica, [S. l.], v. 48, n. 4, e124, 2024. Disponível em:https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.4-2024-0059. Acesso em: 25 ago. 2026.

9. MELO, Jorgileia Braga de et al. Gincana de segurança do paciente: estratégia de ensino e aprendizagem de profissionais residentes. Enfermagem em Foco, [S. l.], v. 16, e-2025104, 2025. Disponível em:https://doi.org/10.21675/2357-707X.2025.v16.e-2025104. Acesso em: 25 ago. 2026.

10. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guia curricular de segurança do paciente: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2016.

11. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: OMS, 2021.

12. PIRES, M. de O. A.; GALVÃO, E. F. C. Ensino da segurança do paciente na graduação em enfermagem em diferentes espaços educativos: uma revisão integrativa da literatura. Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 483-490, nov. 2024. Disponível em:https://revistaensinoeeducacao.pgsscogna.com.br/ensino/article/view/12631. Acesso em: 2 jul. 2025.

13. SANTOS, Bruna dos. Simulação realística: tecnologia para consolidação de competências profissionais para segurança do paciente. 2023. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2023.

14. SANTOS, Bruna dos et al. Modelagem educacional com simulação para a consolidação de competência profissional na educação permanente. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 29, e95918, 2024. Disponível em:https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95918. Acesso em: 25 ago. 2026.

15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient safety: global action on patient safety. Report by the Director-General. Geneva: WHO, 2023. Disponível em:https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety. Acesso em: 25 ago. 2026.

Anexos



Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos

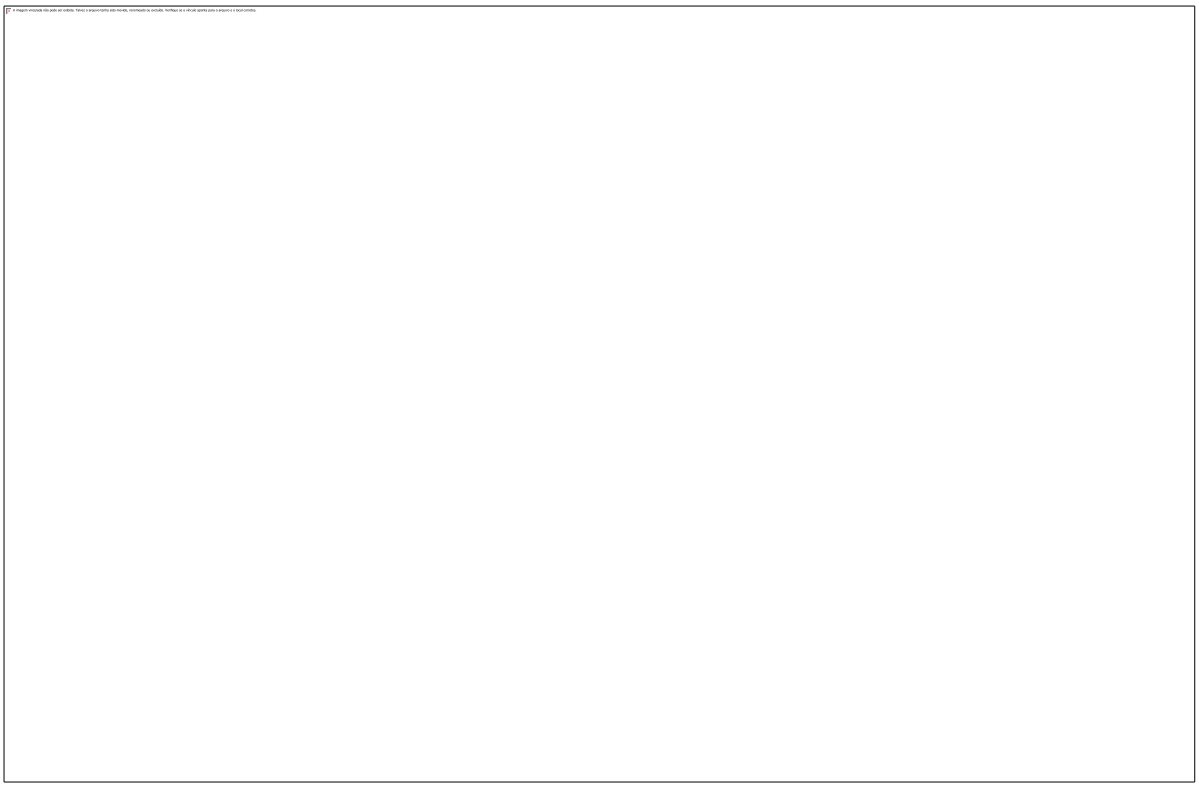


Tabela 1: Caracterização dos estudos

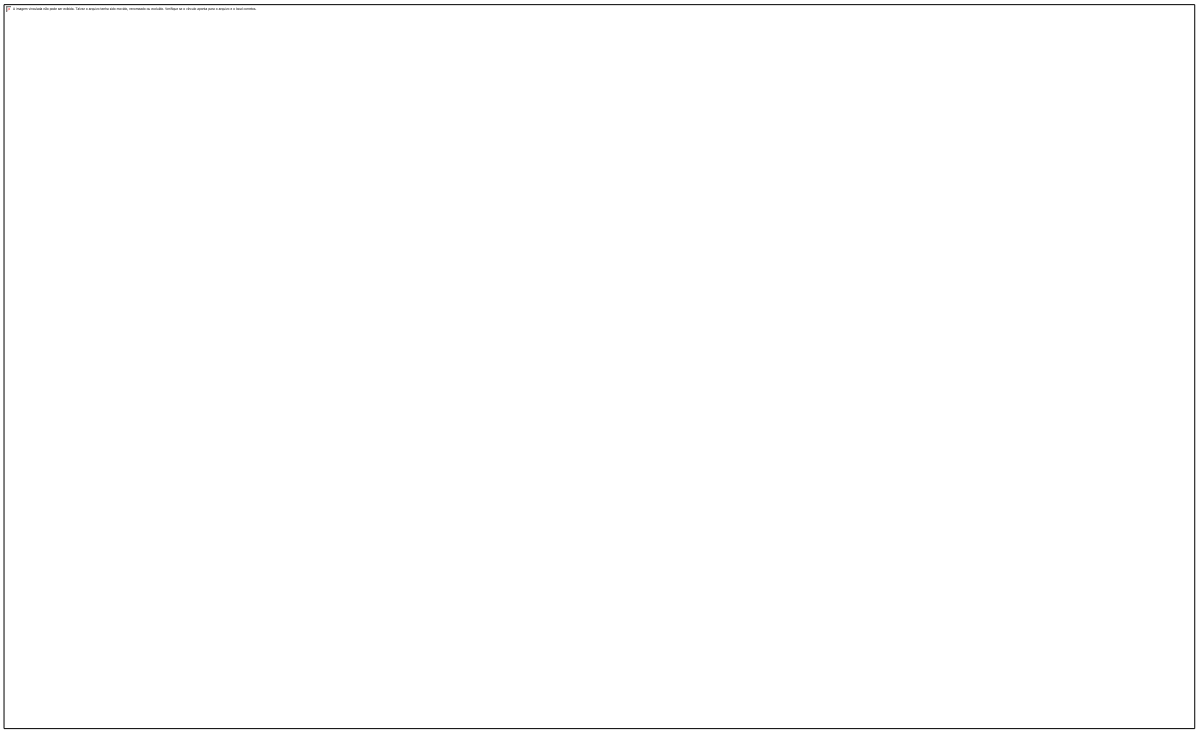


Tabela 2: Estratégias educacionais e conteúdos abordados



Gráfico 1: Benefícios das estratégias educacionais para o ensino da segurança do paciente

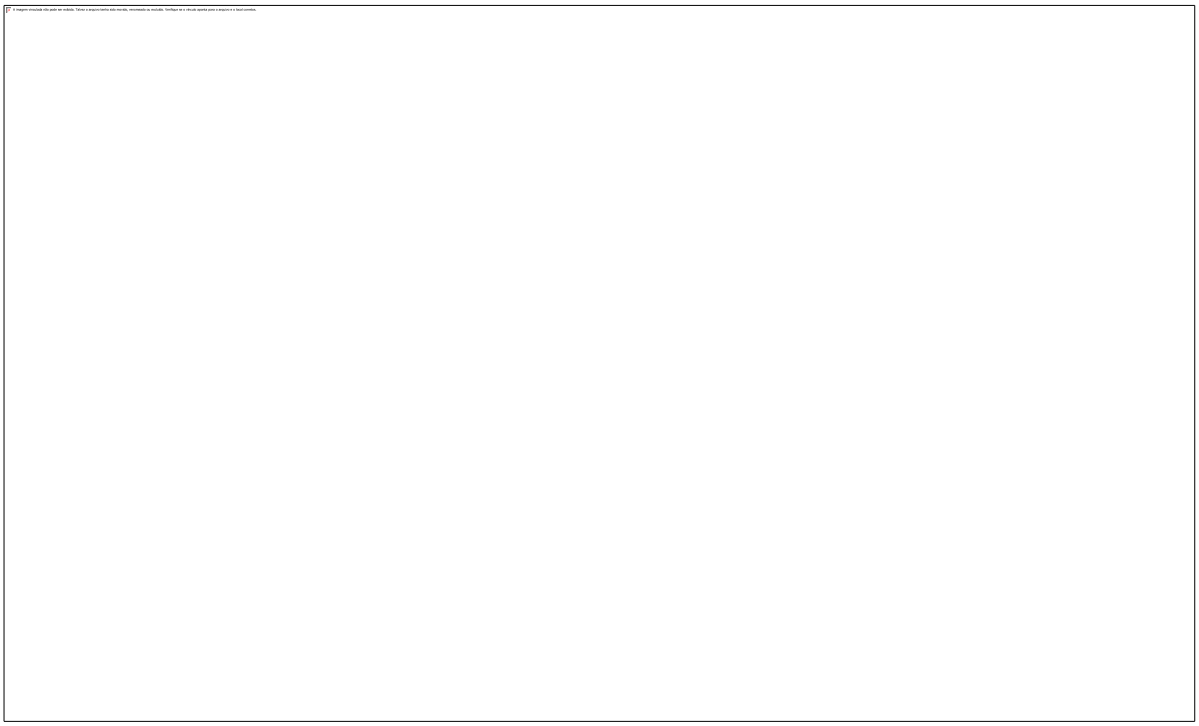


Gráfico 2: Desafios das estratégias educacionais para o ensino da segurança do paciente

CÓDIGO: SB0745

AUTOR: PRISCILA DO VALE MARTINS CORREIA

COAUTOR: PAULA TACIANA SOARES DA ROCHA

COAUTOR: ANDREZA ASCENDINO VIANA

ORIENTADOR: PETALA TUANI CANDIDO DE OLIVEIRA SALVADOR

TÍTULO: Desafios enfrentados pelos preceptores para o ensino da segurança do paciente na residência multiprofissional em saúde

Resumo

A inserção da segurança do paciente na Residência Multiprofissional em Saúde é essencial à formação para um cuidado seguro e de qualidade. Contudo, sua operacionalização no ensino em serviço apresenta desafios aos preceptores. Objetivou-se compreender a percepção dos preceptores sobre os desafios para o ensino da segurança do paciente na Residência Multiprofissional em Saúde. Trata-se de estudo descritivo, qualitativo, realizado em junho de 2026, por meio de grupos focais com preceptores vinculados aos núcleos de segurança do paciente de hospitais federais do Rio Grande do Norte. Os dados foram submetidos à Análise Temática. Participaram 11 preceptores. Emergiram quatro categorias: lacunas na formação acadêmica, que demandam retomada de conteúdos básicos; limitações de infraestrutura física e tecnológica, que dificultam as atividades educativas; sobrecarga de trabalho, decorrente da conciliação entre atribuições pedagógicas e demandas do serviço; e planejamento pouco sistematizado, marcado pela ausência de cronograma organizado para os rodízios. Identificou-se ainda que nem todas as categorias profissionais da residência realizam rodízio em segurança do paciente. Os achados evidenciam desafios formativos, estruturais e organizacionais. Sua superação requer maior integração e sistematização do processo de ensino-aprendizagem da segurança do paciente na residência multiprofissional.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Preceptoria; Educação em Saúde; Internato

TITLE: Challenges Faced by Preceptors in Teaching Patient Safety in Multiprofessional Health Residency Programs

Abstract

The integration of patient safety into Multiprofessional Health Residency Programs is essential for training professionals to provide safe, high-quality care. However, its implementation in practice-based education poses challenges for preceptors. This study aimed to understand preceptors' perceptions of the challenges involved in teaching patient safety within Multiprofessional Health Residency Programs. This descriptive, qualitative study was conducted in June 2026 through focus groups with preceptors affiliated with Patient Safety Centers at federal hospitals in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. Data were subjected to thematic analysis. Eleven preceptors participated in the study. Four categories emerged: gaps in academic training, requiring the review of basic content; limitations in physical and technological infrastructure, which hinder educational activities; workload overload resulting from the need to balance teaching responsibilities with service demands; and insufficiently systematized planning, characterized by the absence of an organized schedule for clinical rotations. It was also found that not all professional categories within the residency program undertake rotations in patient safety. The findings highlight educational, structural, and organizational challenges. Addressing these challenges requires greater integration and systematization of the patient safety teaching-learning process within multiprofessional residency programs.

Keywords: Patient Safety; Preceptorship; Health Education; Internship

Introdução

A segurança do paciente é pedra angular do cuidado em saúde, por se tratar de fundamento indispensável para assistência, não bastando o cuidado ser tecnicamente eficaz, sendo essencial reduzir, de maneira sistemática, os riscos de danos evitáveis associados à assistência (Brasil, 2013; Organização Mundial da Saúde, 2021). A concepção contemporânea desse campo não surgiu de forma imediata, mas foi construída progressivamente a partir de mudanças na compreensão dos riscos e dos danos relacionados à assistência à saúde.

Nos anos 2000, relatórios como To err is human: building a safer health system (errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) e An organization with a memory (uma organização com memória) alertavam para o elevado número de mortes causados por erros médicos (eventos adversos), colocando em pauta a segurança do paciente (Santos, 2023).

Atualmente, dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que a preocupação quanto ao número de mortes causadas por eventos adversos continua. Estima-se que cerca de um em cada dez pacientes sofra algum dano durante os cuidados de saúde e que mais de três milhões de mortes ocorram anualmente em decorrência de cuidados inseguros. Além disso, mais de 50% dos danos relacionados à assistência são considerados evitáveis, sendo aproximadamente metade deles associada ao uso de medicamentos. No âmbito da atenção primária e ambulatorial, estima-se que até 80% dos danos seriam potencialmente evitáveis. (Organização Mundial da Saúde, 2023).

Diante desse cenário e da necessidade de ampliar a proteção dos pacientes, o Brasil incorporou ao seu ordenamento jurídico-normativo diferentes regramentos destinados à redução sistemática dos riscos de danos evitáveis associados à assistência, visando a promoção de um cuidado mais seguro. Entre eles, destaca-se a Portaria MS nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), estabelecendo

estratégias voltadas à qualificação do cuidado em saúde. Mais recentemente, a Lei nº 15.378/2026 consolidou o Estatuto dos Direitos do Paciente e reconheceu expressamente a segurança como um direito, estabelecendo que "o paciente tem o direito de que sua segurança seja assegurada, o que abrange a garantia de um ambiente, procedimentos e insumos seguros" (Brasil, 2026, art. 9º).

Ocorre que, apesar dessas garantias legais, o sistema de saúde enfrenta diversos desafios para operacionalizar a segurança do paciente no cotidiano do serviço. Para que ela saia do papel e se torne uma cultura presente na instituição, se faz necessário investir em estratégias educativas que aproximem a teoria da prática. Nesse processo, os preceptores configuram-se como importantes aliados para integrar o conhecimento teórico com o prático. Entretanto, sua atuação é frequentemente cerceada por barreiras que não se limitam ao domínio pedagógico (Dias Junior et al, 2026).

Os preceptores ocupam posição estratégica na promoção da segurança do paciente, pois atuam na interface entre ensino e assistência, aproximando o conhecimento teórico à prática em saúde. Compreender suas percepções frente aos desafios enfrentados por eles pode favorecer a incorporação da transversalidade da segurança do paciente no processo de cuidado, ao aproximar as ações de ensino e aprendizagem em segurança do paciente às necessidades reais do serviço e transformar dificuldades cotidianas em subsídios para o planejamento educacional e gerencial.

Diante desse contexto, o presente estudo pretende responder: quais desafios são percebidos pelos preceptores no processo de ensino e aprendizagem da segurança do paciente na residência multiprofissional em saúde? Nesse sentido, objetiva-se compreender a percepção dos preceptores sobre os desafios para o ensino da segurança do paciente na Residência Multiprofissional em Saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido na Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) e no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), ambos hospitais públicos federais de ensino localizados na cidade de Natal, no estado do Rio Grande do Norte (RN), atualmente administrados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Participaram 11 preceptores que atuam nos núcleos de segurança do paciente nas instituições citadas. Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa foram: ser preceptor em atividade na área da segurança do paciente na MEJC e/ou HUOL; e ter experiência mínima de seis meses na preceptoria com residentes. Foi utilizado como critério de exclusão: estar afastado das atividades de preceptoria durante o período da coleta de dados.

Foi utilizada a técnica de Grupo Focal (GF) como estratégia de coleta de dados, tendo como participantes os preceptores da área da segurança do paciente vinculados às instituições escolhidas para pesquisa.

Foi realizado, em junho de 2026, GF conduzidos por moderador que estimulava a interação entre os participantes por meio de questões norteadoras, permitindo a manifestação de ideias e experiências; e um observador, responsável pelo registro das falas, expressões não verbais e dinâmica do grupo. Os encontros foram realizados na própria instituição, com duração aproximada de 90 a 120 minutos, em horário previamente acordado com os participantes

Para a elaboração do roteiro contendo as questões norteadoras, foram utilizados como base o Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (edição multiprofissional), bem como as legislações que regem as ações para a segurança do paciente no Brasil, garantindo referência conceitual. Entre os eixos que foram explorados nas discussões, destacam-se: experiências e desafios no ensino da segurança do paciente durante a preceptoria; barreiras encontradas no processo de ensino-aprendizagem; necessidades percebidas em termos de conteúdo, metodologias e recursos de ensino; e estratégias e sugestões dos preceptores para qualificar o ensino da segurança do paciente, conforme apêndice.

Além dos registros da comunicação não verbal relacionada às expressões dos participantes, as falas foram gravadas em áudio, mediante consentimento dos participantes, e posteriormente transcritas para análise, a fim de compreender os pontos fortes e as lacunas existentes que servirão como base para a elaboração da trilha de aprendizagem. Para o presente manuscrito, foi realizado um recorte analítico dos dados, contemplando especificamente os desafios percebidos pelos preceptores no processo de ensino-aprendizagem da segurança do paciente durante a residência multiprofissional em saúde.

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam estudos em Ciências Humanas e Sociais. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), e seu parecer foi emitido no dia 19 de dezembro de 2025.

As inteligências artificiais generativa chatGPT e NotbookLM foram utilizadas como ferramentas de apoio durante a elaboração do manuscrito, especialmente para revisão gramatical e aprimoramento da clareza, coesão e concisão da redação; reorganização de trechos textuais; discussão de alternativas de estruturação e transição entre parágrafos; adequação do resumo ao limite de caracteres; e apoio na padronização da apresentação de citações e referências. A definição do objeto de estudo, a coleta dos dados, a interpretação das falas dos participantes, a construção e validação das categorias analíticas, a seleção das evidências científicas e a interpretação final dos resultados permaneceram sob responsabilidade dos autores.

Resultados e Discussões

Participaram da pesquisa 11 preceptores. Quanto à formação profissional, observou-se predominância da enfermagem, representada por oito participantes. Todos os participantes possuíam formação em nível de pós-graduação, sendo três doutores, sete

mestres e um especialista. A experiência na preceptoria variou de 2 a 10 anos e 8 meses, demonstrando que o grupo era constituído por profissionais com diferentes tempos de atuação, porém todos com experiência prévia consolidada no exercício da preceptoria.

Quanto à atuação pedagógica, nove dos 11 participantes exerciam atividades de preceptoria tanto com estudantes de graduação quanto com residentes, enquanto dois atuavam exclusivamente com residentes. Verificou-se, ainda, que alguns profissionais acumulavam a preceptoria com outras atividades institucionais, incluindo funções de gestão e docência em cursos de pós-graduação e de nível técnico.

Apesar da elevada qualificação acadêmica e da sólida experiência profissional dos participantes, persistem entraves à estruturação do ensino da segurança do paciente, relacionados à sobrecarga de trabalho, ao planejamento pouco sistematizado dos rodízios e às limitações de apoio gerencial. Nesse sentido, os achados sugerem que as dificuldades identificadas não decorrem predominantemente da qualificação dos preceptores, mas de condições estruturais e organizacionais que interferem no desenvolvimento das atividades de ensino. Trata-se, portanto, de barreiras presentes no cotidiano do ensino em segurança do paciente, expressadas a partir dos desafios relatados pelos preceptores que possibilitaram a construção de quatro categorias temáticas de análise, detalhadas a seguir (Figura 1).

Figura 1. Categorias de análise dos desafios relatados pelos preceptores para o ensino da segurança do paciente na Residência em Saúde

Categoria 1: Lacunas na Formação Acadêmica

O ordenamento normativo brasileiro possui legislações, princípios e diretrizes nacionais de ensino que fundamentam a obrigatoriedade e as diretrizes para a formação acadêmica e a capacitação profissional na temática da segurança do paciente. A portaria MS nº 529/13 determina a articulação formal com o Ministério da Educação (MEC) e com o Conselho Nacional de Educação (CNE) para que a temática seja incluída nos currículos dos cursos de formação em saúde em nível técnico, superior e de pós-graduação, conforme preconizado pelo artigo 5ª, VII da mencionada portaria: “Constituem-se estratégias de implementação do PNSP: articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação".

O estatuto do direito dos pacientes eleva a qualidade da formação profissional ao patamar de direito garantido do usuário do sistema de saúde, afirmando que ‘o paciente tem o direito de ser atendido por profissionais de saúde adequadamente formados e capacitados’ (Brasil. 2026a, artigo 8ª). Esse direito encontra respaldo nas diretrizes já estabelecidas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que prevê o fomento à inserção da segurança do paciente na formação em saúde e a capacitação de profissionais e equipes como estratégias para a qualificação do cuidado (Brasil, 2013).

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), a segurança do paciente é estabelecida como um eixo estruturante, transversal e obrigatório para o exercício profissional, estando presente de forma marcante na regulação das matrizes curriculares de cursos como medicina e enfermagem. São apresentados como elemento nuclear da formação

dos estudantes, devendo ser abordada de forma prática e integrada durante a graduação (Associação Brasileira de Educação Médica, 2026; Brasil, 2026b).

Ocorre, entretanto, um descompasso entre as disposições normativas e sua concretização no processo formativo, com reflexos diretos no cuidado em saúde. Embora a segurança do paciente esteja prevista como temática transversal na formação dos profissionais de saúde, sua inserção nos currículos ainda se mostra incipiente, sendo um componente curricular opcional. Os relatos dos preceptores evidenciam os efeitos dessa lacuna no ensino em serviço. Um dos preceptores afirma que 'quando os residentes passam por eles, é como se os preceptores estivessem o alfabetizando'. "A gente vai pro básico com eles, mostrando o beabá.", segundo relato do Preceptor P8.

Tal cenário não se limita à realidade brasileira, sendo a fragilidade da formação acadêmica em segurança do paciente um desafio identificado também no contexto internacional. Segundo Santos (2023), o Canadian Patient Safety Institute já havia reconhecido fragilidades na educação dos profissionais de saúde relacionadas à segurança do paciente, o que contribuiu para o desenvolvimento de uma estrutura de competências destinada a favorecer a inserção do tema nos currículos e na formação profissional. Entre os desafios identificados, destacam-se o déficit na formação e o distanciamento entre ensino e prática nos diferentes cursos da área da saúde.

Categoria 2: Limitações de Infraestrutura Física e Tecnológica

As normas que regulamentam a formação profissional no Brasil trata a infraestrutura física e tecnológica como elemento pedagógico necessário para o ensino em saúde, sendo, desta forma, indispensável para garantir a segurança do paciente e a qualidade do ensino deste. A Cultura de segurança do paciente configura-se, dentre outras características, em proporcionar recursos, estruturas e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança assistencial (Brasil, 2013).

A preocupação com as condições em que o processo formativo ocorre acompanha o ensino em saúde desde a graduação. As Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecem a necessidade de ambientes de aprendizagem adequados ao desenvolvimento das competências profissionais, reforçando que a formação também da existência de condições materiais e tecnológicas que possibilitem sua aplicação prática (Associação Brasileira de Educação Médica, 2026; Brasil, 2026b). Se a segurança do paciente constitui temática transversal à formação, as condições necessárias ao seu ensino também precisam acompanhar os diferentes cenários e níveis em que essa formação se desenvolve.

Essa necessidade permanece no âmbito da residência e assume especial relevância diante das lacunas formativas identificadas entre os residentes. Se o ensino em serviço demanda dos preceptores a retomada de conteúdos básicos de segurança do paciente que deveriam ter sido desenvolvidos ao longo da graduação, torna-se ainda mais importante que disponham de condições estruturais capazes de sustentar esse processo educativo.

Ocorre que, os relatos feitos pelo preceptores das instituições evidenciam que a realidade anda na contramão do preconizado. Os preceptores enfrentam problemas com espaço reduzido, falta de computadores e problemas ergonômicos nos setores, conforme relatado por P7:

“Tenho dois pontos o que trata o desafio é uma coisa nossa, questão de espaço físico pra gente desenvolver uma dignidade de preceptoria, porque a gente está até num local mais amplo mas sempre que chega um aluno o dois é aquela coisa de você tentar se adequar e ter uma cadeira ou um computador assim. Porque pra gente ficar prático é fácil, eu pego o aluno e vou mas quando eu volto eu tenho que estar na condição de ele estar comigo fazendo o alguma coisa. Então a questão do espaço físico, às vezes até uma sala que a gente possa trazer o aluno é bem complicado, o desenho e tudo eu acho que tem muito pouco espaço pra gente”.

Destacou-se, assim, a carência de recursos básicos que comprometem a dinâmica pedagógica do ensino em segurança do paciente. A fala da preceptora P10 demonstra de forma precisa a forma precária com que os preceptores tentam desenvolver as atividades de ensino em segurança do paciente, sendo ausente condições básicas de conforto para acomodar o fluxo de residentes, conforme vemos:

“(...) como é que a gente vai colocar dois alunos na unidade, que só tem uma cadeira pra fazer a música; a dança da música pra poder, ele sentar... e a gente.. e o computador do outro lado. Assim, é colado do outro, então como é que eu vou botar um aluno do meu lado e outro do outro... aqui que eu trabalho no sistema, como é que eu vou mostrar ele o sistema, se naquele horário tem outro colega do lado, outro do outro? e a gente precisa mostrar ele também como é que faz o sistema... não é só pegar, sair com ele mostrando nos setores...”

Os preceptores reconhecem que os residentes vêem as questões práticas da segurança do paciente, entretanto, a segurança do paciente vai além do cuidado prático, exigindo do profissional que está na ponta da assistência necessita adquirir durante a residência competências como a operacionalização de sistemas de notificação, conforme relatado por P6 e P8.

Tal competência é necessária tendo em vista que na prática profissional o residente vivencia diariamente questões de gerenciamento, de monitoramento, levantamento de indicadores, análise de causa raiz, competências que segundo relato dos preceptores eles não veem durante a residência por falta de infraestrutura adequada, mas que será cobrado na prática profissional em segurança do paciente, conforme relata P8.

Em continuidade, P8 relata que o residente deve compreender que através da notificação, o processo pode ser melhorado. P10 complementa demonstrando a interdependência de notificação e prática, exemplificando que quando o residente verifica um paciente que está sem pulseira, ele deve notificar e solicitar que essa pulseira seja impressa e colocada no paciente.

A limitação de computadores obriga preceptores e alunos a dividirem máquinas, retardando os pareceres e fragmentando o fluxo de aprendizagem prática. Assim, espaços adequados para discussão e aprendizagem, acesso a recursos tecnológicos, sistemas institucionais e demais instrumentos necessários à atividade pedagógica não constituem elementos acessórios, mas condições que podem comprometer a articulação entre conhecimento, prática e segurança no contexto real da assistência.

Nesse sentido, as limitações de infraestrutura física e tecnológica relatadas pelos preceptores devem ser compreendidas para além da mera insuficiência de material, uma

vez que podem restringir as possibilidades de ensino, acompanhamento e reflexão sobre a segurança do paciente no cotidiano do serviço.

Categoria 3: Sobrecarga de Trabalho e Conflito de Papéis

Sob a perspectiva jurídico-normativa da saúde e segurança do trabalhador, a sobrecarga de trabalho constitui aspecto relevante da organização laboral, especialmente quando há acúmulo de atribuições e aumento das exigências cognitivas, emocionais e organizacionais impostas ao profissional. Entretanto, para além das repercussões dessa sobrecarga sobre a saúde do trabalhador, interessa compreender seus efeitos sobre a dimensão pedagógica da preceptoria.

O ensino em serviço demanda disponibilidade para acompanhar o residente, orientar práticas, discutir situações vivenciadas na assistência e promover momentos de reflexão e aprendizagem. Quando essas atividades precisam disputar tempo com demandas assistenciais e gerenciais, gera sobrecarga nos preceptores que precisam administrar todas essas responsabilidades.

Os relatos dos preceptores evidenciam uma sobreposição de funções: ao mesmo tempo em que assumem a responsabilidade pela formação dos residentes para um cuidado seguro e de qualidade, permanecem responsáveis por atividades assistenciais, administrativas e gerenciais inerentes aos cargos que ocupam. O preceptor P11 relata que as instituições não possuem uma equipe dedicada exclusivamente para as ações de educação e segurança, o que faz com que os mesmos poucos profissionais acumulem a assistência direta com tarefas burocráticas e pedagógicas: “(...) acaba que quem faz educação em saúde na segurança, acaba que o mesmo que está investigando o incidente é o mesmo que está gerenciando os documentos (...) escala (...) ponto. Então acaba que não dá esse tempo hábil de fazer tudo isso”.

Segundo Dias Junior et al (2026), a sobrecarga assistencial restringe o pleno desempenho pedagógico da preceptoria, sobretudo porque as atividades de ensino exigem condições específicas de preparo, incluindo tempo para definição de desempenhos esperados, seleção de evidências, escolha de estratégias de ensino e organização das atividades educativas. O mencionado estudo ainda evidencia que quando o tempo dedicado às atividades pedagógicas pode ser deslocado para períodos não contemplados na carga horária do trabalhador, denominado pelos autores de "horas invisíveis” (Dias Junior et al., 2026, p. 5)com repercussões sobre o desgaste profissional e a qualidade pedagógica.

Percebe-se que a sobrecarga dos preceptores não se restringe à realidade investigada, constituindo um desafio sistêmico, identificado em outros contextos de preceptoria. A necessidade de conciliar atribuições assistenciais, gerenciais e pedagógicas amplia as exigências cognitivas, emocionais e organizacionais do trabalho, conforme é relatado pela preceptora P8 ao afirmar que “A mente da gente é pensando em solução em processo, 24 horas (...) gera um desgaste mental...”

Nesse sentido, a sobrecarga vivenciada pelos preceptores ultrapassa as questões relacionadas às condições de trabalho, que, por si só, já evidenciam a exposição a riscos psicossociais associados às atividades desempenhadas. Configura-se também como uma barreira organizacional ao desenvolvimento do ensino da segurança do paciente, objeto

deste estudo, ao restringir o tempo e as condições necessárias ao exercício das atividades pedagógicas.

Categoria 4: Planejamento pouco sistematizado do ensino

A sobrecarga vivenciada pelos preceptores repercute diretamente na organização do ensino, destacando-se, entre seus efeitos, a dificuldade de planejar e sistematizar as atividades educativas. Essa realidade é evidenciada nos relatos dos participantes. A preceptora P7 demonstra como as demandas cotidianas interferem no planejamento formal das atividades, exigindo constantes reorganizações: "(...) todo dia a gente se reorganiza porque dependendo do que acontecer ali um tem uma reunião, o outro tem outra e a gente vai tentando decorrer (...) a gente tem isso automaticamente mas não tem isso sistematizado." Ela completa sua fala afirmando que não há fluidez no acompanhamento, e que é um setor tão rico e vasto em dinâmicas que não sabe bem por onde e como começar, caindo sempre no improviso.

Melo et al. (2025) demonstram que o aprendizado se torna efetivo quando se usam metodologias ativas, simulações realistas, dinâmicas lúdicas (gamificação) e estratégias interativas, percebendo-se como resultado integração entre os residentes, adesão aos jogos, contribuição para a implementação de práticas seguras ao paciente junto à equipe multiprofissional da instituição.

A ausência de padronização das atividades de ensino também representa desperdício do tempo de trabalho, aspecto destacado pelos preceptores durante o grupo focal. Diante dessa dificuldade, os próprios profissionais passaram a desenvolver estratégias para otimizar o tempo e assegurar um nível mínimo de sistematização das atividades educativas. Entre essas iniciativas, destaca-se a criação da denominada "pasta de metas", estruturada com materiais relacionados à segurança do paciente, como indicadores, pulseiras de identificação e checklists. Segundo a preceptora P8, esse recurso "facilitou a vida" da equipe, ao reunir em um único local os materiais utilizados para abordar os conteúdos de segurança do paciente com os novos residentes.

Assim, sistematizar o ensino significa criar condições para que a atividade pedagógica seja incorporada à rotina pedagógica em segurança do paciente de forma planejada, organizada e menos dependente de esforço individual dos preceptores. Não sendo a padronização apenas a definição prévia dos conteúdos e métodos de ensino, mas também a organização e disponibilização de recursos pedagógicos que facilitem sua abordagem com os residentes.

Conclusão

A análise dos relatos dos preceptores evidenciou como principais desafios vivenciados no ensino da segurança do paciente: lacunas na formação acadêmica; limitações de infraestrutura física e tecnológica; a sobrecarga de trabalho do preceptor e planejamento pouco sistematizado. Assim, os achados evidenciam desafios formativos, estruturais e organizacionais, que ultrapassam dimensão estritamente pedagógica, de modo que sua

superação requer maior integração e sistematização do processo de ensino-aprendizagem da segurança do paciente na residência multiprofissional.

Os relatos dos preceptores sugerem, ainda, fragilidades em elementos necessários à consolidação da cultura de segurança nas instituições estudadas, especialmente quanto à transversalidade da segurança do paciente e ao envolvimento institucional com sua promoção. A concentração das ações educativas e de segurança nos profissionais vinculados aos Núcleos de Segurança do Paciente sugere que essa responsabilidade ainda não se encontra plenamente compartilhada entre os diferentes setores e categorias profissionais, incluindo a alta gestão.

Nesse contexto, a percepção de reduzido apoio da alta gestão para viabilizar as atividades dos núcleos, organizar os processos de ensino e fortalecer sua atuação evidencia a necessidade de maior compromisso institucional. A segurança do paciente, por seu caráter transversal, não deve permanecer circunscrita ao núcleo responsável por sua coordenação, mas ser incorporada às práticas assistenciais, educacionais e gerenciais da organização.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o recorte analítico direcionado especificamente aos desafios e barreiras percebidos pelos preceptores no cotidiano do ensino da segurança do paciente. Os achados foram construídos a partir dos relatos dos participantes em um determinado momento, não tendo sido realizada observação direta das práticas de preceptoria e das dinâmicas institucionais. Dessa forma, não foi possível avaliar comportamentos, interações e situações do cotidiano que pudessem contribuir para a ocorrência ou intensificação dos desafios identificados.

Como contribuição, o estudo busca ampliar a compreensão dos desafios relacionados ao ensino da segurança do paciente a partir da perspectiva dos preceptores, profissionais que vivenciam cotidianamente a interface entre ensino e assistência. Ao dar visibilidade às barreiras percebidas por esses profissionais, os achados podem constituir fonte de informação para subsidiar a gestão na tomada de decisões e no planejamento de melhorias institucionais voltadas à qualificação do processo de ensino-aprendizagem em segurança do paciente. Além disso, a convergência entre os desafios identificados e aqueles relatados na literatura em outros contextos de preceptoria reforça a relevância de considerar aspectos formativos, estruturais e organizacionais no planejamento das ações educacionais sobre o tema.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (ABEM). Caderno de orientações para implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina 2025. Brasília, DF: Associação Brasileira de Educação Médica, 2026. 288 p. ISBN 978-65-86406-22-1.

BRASIL. Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ed. 65, p. 1, 7 abr. 2026a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 1, de 15 de maio de 2026. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, bacharelado e licenciatura. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 maio 2026b, p. 50-52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 62, p. 43, 2 abr. 2013.

DIAS JUNIOR, Jair Moreira; DIAS, Maria Fernanda Noel; PEREIRA JÚNIOR, Gerson Alves; TIBIRIÇÁ, Sandra Helena Cerrato; SCHIEFER, Marcio; MENDES JUNIOR, Adriano Fernando. Atividades do preceptor e tempo de preparo na residência médica: survey. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 50, supl. 1, esupl01, 2026. DOI: 10.1590/1981-5271v50.supl.1-20260007.

MELO, Jorgileia Braga de et al. Gincana de segurança do paciente: estratégia de ensino e aprendizagem de profissionais residentes. Enfermagem em Foco, v. 16, e-2025104, 2025. DOI: 10.21675/2357-707X.2025.v16.e-2025104.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: OMS, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Patient safety. Geneva: World Health Organization, 11 set. 2023. Disponível em: WHO – Patient safety. Acesso em: 17 ago. 2026.

SANTOS, Bruna dos. Simulação realística: tecnologia para consolidação de competências profissionais para segurança do paciente. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2023.

Anexos



Figura 1. Categorias de análise dos desafios relatados pelos preceptores para o ensino da segurança do paciente na Residência em Saúde

CÓDIGO: SB0990

AUTOR: JOSE VICTOR VIANA DA SILVA

ORIENTADOR: ELIANE SANTOS CAVALCANTE

TÍTULO: CARACTERIZAÇÃO SOCIOAMBIENTAL E EPIDEMIOLÓGICA DE IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE TRADICIONAL QUILOMBOLA

Resumo

Analisar o perfil socioambiental, epidemiológico de pessoas idosas residentes na comunidade quilombola de Acauã, município de Poço Branco/RN. Método: Estudo quantitativo, transversal e descritivo, com amostra de conveniência de cinco idosos (67 a 100 anos). Utilizou-se formulário sociodemográfico e escalas geriátricas validadas (Barthel, SF-36, HAM-D, GDS-15 e BAI). Resultados: Observou-se média de 15,4 filhos por participante, indicando arranjos familiares extensos. A Hipertensão Arterial esteve presente em 100% da amostra, com 20% de ocorrência de Diabetes Mellitus. A avaliação multidimensional revelou expressiva heterogeneidade: a capacidade funcional variou da independência total à dependência grave. Em saúde mental, os escores oscilaram desde a ausência de sintomas até quadros graves de ansiedade e depressão, sem correlação estrita com o grau de dependência física. Conclusão: O perfil estudado evidencia alta carga de morbidades e forte heterogeneidade, exigindo abordagens de cuidado multidimensionais e sensíveis às vulnerabilidades territoriais quilombolas locais.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Quilombola; Socioambiental; Mobilidade; Depressão.

TITLE: Socioenvironmental and Epidemiological Characterization of Older Adults Residing in a Traditional Quilombola Community

Abstract

To analyze the socio-environmental and epidemiological profile of older adults residing in the Acauã quilombola community, in the municipality of Poço Branco, RN, Brazil. Methods: A quantitative, cross-sectional, and descriptive study with a convenience sample of five older adults (67 to 100 years old). A sociodemographic form and validated geriatric scales (Barthel, SF-36, HAM-D, GDS-15, and BAI) were used. Results: An average of 15.4 children per participant was observed, indicating extensive family arrangements. Arterial Hypertension was present in 100% of the sample, with a 20% occurrence of Diabetes Mellitus. The multidimensional assessment revealed significant heterogeneity: functional capacity ranged from total independence to severe

dependence. In mental health, scores ranged from the absence of symptoms to severe conditions of anxiety and depression, with no strict correlation to the degree of physical dependence. Conclusion: The studied profile highlights a high burden of morbidities and strong heterogeneity, requiring multidimensional care approaches that are sensitive to local quilombola territorial vulnerabilities.

Keywords: Health of the Elderly; Quilombola; Socio-environmental; Mobility; Depr

Introdução

O envelhecimento populacional constitui um importante fenômeno demográfico observado no Brasil nas últimas décadas. De acordo com dados do Censo Demográfico de 2022, a população de 60 anos ou mais atingiu 32,1 milhões de pessoas, o que representa 15,8% do total de habitantes do país e um crescimento de 56,0% em relação a 2010. Esse cenário destaca uma mudança expressiva e gradual na estrutura etária do Brasil e enfatiza a importância de entender as condições de vida e saúde da população idosa, levando em consideração as desigualdades socioeconômicas e as particularidades territoriais que caracterizam o país (IBGE, 2023). Diante dessa perspectiva do processo de envelhecimento, evidencia-se a necessidade de se estudar as profundas heterogeneidades e assimetrias as quais refletem as disparidades acumuladas ao longo da vida, principalmente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde. Evidências demonstram que os determinantes sociais como renda, nível educacional, arranjo habitacional e o território de moradia condicionam de forma desigual a capacidade funcional, a qualidade de vida e a carga de morbidades das pessoas idosas, tornando o envelhecimento uma experiência desigual entre diferentes grupos populacionais (YAZAWA et al., 2023) . As populações quilombolas possuem uma realidade específica, na qual o território e as condições ambientais constituem determinantes estruturantes do seu processo saúde-doença (GUERRA et al., 2026). Esse contexto é marcado por um conjunto de vulnerabilidades que englobam o isolamento geográfico, a precariedade de infraestrutura, a insegurança fundiária e a exposição a conflitos socioambientais. Tais elementos articulam-se à distância física dos serviços de saúde e à fragilidade das redes assistenciais, consolidando severas barreiras de acesso e acentuando a desassistência histórica dessas comunidades (GUERRA et al., 2026). Considerando o expressivo avanço do envelhecimento populacional e a persistência das desigualdades territoriais, torna-se pertinente investigar as experiências de envelhecimento em comunidades quilombolas, territórios estes historicamente desassistidos nos quais os determinantes ambientais e as barreiras de acesso aos serviços de saúde condicionam diretamente o processo saúde-doença. A investigação dessa realidade é fundamental para subsidiar práticas de enfermagem e políticas públicas alinhadas às reais necessidades dessas populações. Nesse sentido, o presente estudo objetiva analisar o perfil socioambiental e epidemiológico da pessoa idosa na comunidade quilombola de Acauã, localizada no município de Poço Branco/RN.

Metodologia

Trata-se de um recorte exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, inserido em estudo longitudinal de risco do tipo coorte concorrente mais amplo, vinculado ao projeto de pesquisa “Estudo das condições de saúde de idosos residentes em

comunidade tradicional quilombola" (Edital n. 02/2025 – Iniciação Científica, PIBIC 2025-2026), da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O cenário do estudo foi uma comunidade tradicional quilombola do município de Poço Branco, Rio Grande do Norte, certificada pela Fundação Cultural Palmares por meio da Portaria n. 36/2020. A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2026, por meio de entrevista domiciliar estruturada, conduzida pela professora coordenadora e por bolsistas de iniciação científica previamente treinados e calibrados, sob supervisão da orientadora do projeto. A população do estudo presente compreendeu indivíduos idosos residentes da comunidade Quilombola de Acauã, situada no município de Poço Branco localizado no Rio Grande do Norte. A amostra foi selecionada por conveniência e não probabilística, totalizando 5 participantes (n = 5), sendo compostos por 3 indivíduos do sexo masculino e 2 do sexo feminino. Os critérios de inclusão abrangeram indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (nesta amostra, variando entre 67 e 100 anos). Para a avaliação multidimensional, foi aplicado um protocolo estruturado composto por seis blocos de instrumentos: Ficha de Identificação e Variáveis Clínicas: Formulários estruturados para levantamento de dados sociodemográficos (idade, sexo biológico, cor/raça autodeclarada, nível de escolaridade, estado civil e número de prole) e aferição de sinais vitais no momento da entrevista (Frequência Respiratória, Frequência Cardíaca, Temperatura axilar, Pressão Arterial e Glicemia Capilar de jejum/aleatória). Condições de Saúde Autorreferidas: Mapeamento de morbidades crônicas (como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus) e rastreio de síndromes geriátricas. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde: Aplicação do Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), para extração de indicadores brutos da função física. Avaliação da Capacidade Funcional: Utilizou-se o Índice de Barthel (MAHONEY; BARTHEL, 1965) para mensurar o nível de independência do idoso na realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs). O escore total varia de 0 a 100, classificando o idoso desde dependência total até a independência (MINOSSO et al., 2010). Rastreio de Sintomas Depressivos: Aplicaram-se dois instrumentos validados: a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), em sua versão de 21 itens, para estratificação da gravidade dos sintomas; e a versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), adotando-se o ponto de corte ≥ 6 pontos para indicação de sintomatologia depressiva significativa na população idosa brasileira (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Rastreio de Sintomas Ansiosos: Utilizou-se o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (BECK et al., 1988), adaptado para o Brasil por Cunha (2001), cujos escores classificam o nível de ansiedade em mínima, leve, moderada ou grave.

Resultados e Discussões

A amostra é composta por participantes com idades que variam de 67 a 100 anos, sendo três homens e duas mulheres, com destaque para a participante P02, de 100 anos (Figura 1). Os achados deste estudo revelam um perfil sociodemográfico e epidemiológico marcado por características singulares da amostra, incluindo a presença de uma participante centenária, embora esse achado não permita inferir padrões de longevidade da comunidade, além de dinâmicas familiares tradicionais com maior índice de fecundidade, contrastando com a alta carga de doenças crônicas. No aspecto familiar, observa-se uma média amostral de 15,4 filhos por idoso, com desvio padrão de aproximadamente 8,38. O participante P03 possui o maior quantitativo, com 26 filhos, seguido por P02 (19 filhos) e P01 (18 filhos), enquanto o participante mais jovem (P04)

possui o menor número de filhos da amostra (5) (Figura 2). Do ponto de vista estrutural, essa média amostral contrasta com o atual cenário de transição demográfica do país, cuja taxa de fecundidade geral atingiu a marca histórica de 1,55 filho por mulher (IBGE, 2022), uma expressiva disparidade que reflete os arranjos reprodutivos pré-transição característicos do meio rural e de comunidades tradicionais em décadas passadas. Quanto ao nível de escolaridade, a Figura 3 demonstra que 80% dos idosos quilombolas participantes são analfabetos, enquanto 20% são alfabetizados. No que refere ao perfil educacional, observa-se que essa taxa expressiva de analfabetismo reflete um processo histórico de marginalização e negligência social enfrentado pelas comunidades tradicionais e quilombolas no Brasil, cujas barreiras de acesso à educação formal persistem até a atualidade (SILVA et al., 2021; SOARES et al., 2025). No território analisado, essa vulnerabilidade estrutural evidencia-se tanto pela carência de infraestrutura urbana básica expressa pela ausência de pavimentação nas vias públicas e pela dificuldade de acesso aos serviços essenciais de saúde e educação, quanto pelo fato de que o distrito de Acauã dispõe apenas de uma única unidade escolar local, instituída tardiamente em 2025, atendendo a níveis de Educação Infantil, Ensino Fundamental anos iniciais e a Educação de Jovens e Adultos (EJA) (QEDU, 2026). Quanto ao perfil epidemiológico, a totalidade da amostra (100%) relatou diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), havendo o registro de 1 participante (20%) com diagnóstico concomitante de Diabetes Mellitus. Paralelamente à vulnerabilidade demográfica e às barreiras históricas no acesso à educação, essa prevalência universal de HAS e a comorbidade diabética agravam a complexidade do cuidado devido à sobreposição entre baixa escolaridade e condições crônicas. Em relação aos indicadores de funcionalidade (Figura 4), o participante P04 apresentou independência total (Barthel = 100), a participante P01 (que apresenta HAS e DM) registrou escore correspondente à dependência moderada (Barthel = 79), e o participante P05 obteve o menor escore da amostra, sendo classificado com dependência grave (Barthel = 48) e registrando a menor pontuação de função física no SF-36 (11 pontos). Os indicadores de saúde mental (ansiedade e depressão) (Figura 5) evidenciaram escores mais elevados observados na participante P01, que registrou 26 pontos na escala HAM-D (Depressão), 31 pontos no BAI (Ansiedade) e 10 pontos na GDS-15 (sugerindo sintomatologia depressiva). Em contraste, o participante P04 obteve os menores índices da amostra, com escore 2 na HAM-D, 3 no BAI e 4 na GDS-15 (sem indicativo de depressão pelos pontos de corte adotados). Os participantes P02 e P03 registraram pontuações intermediárias, mantendo-se em níveis semelhantes em todas as escalas (9,5 e 15,5 na HAM-D, 17 e 13 no BAI, e ambos obtiveram escore 6 na GDS-15, limite para indicativo de depressão), enquanto o participante P05 pontuou 10 na HAM-D, 8 no BAI e 3 na GDS-15. A Figura 6 apresenta a distribuição conjunta multidimensional dos escores de funcionalidade e dos indicadores de saúde mental, evidenciando heterogeneidade entre os participantes e variação nos escores, com diferentes combinações de resultados. Refletindo-se diretamente nesses indicadores, observa-se que, por um lado, a existência de comorbidades associou-se a perdas funcionais e a elevados índices de sintomas ansiosos e depressivos. Por outro lado, a heterogeneidade da amostra revelou tanto participantes com plena preservação da autonomia física e emocional quanto casos de dependência física severa sem o correspondente declínio no bem-estar psicológico. Esses achados evidenciam que a condição funcional não acompanha, necessariamente, o estado de saúde mental, reforçando a importância de uma avaliação geriátrica multidimensional e individualizada, uma vez que idosos com dependência física mais severa (como observado em P05 no Índice de Barthel) podem manter reduzidos níveis de sintomas emocionais, enquanto quadros com maior

sobrecarga de comorbidades crônicas (como em P01) cursam com elevado sofrimento mental, reforçando a necessidade de articular as demandas biológicas, de saúde mental e os determinantes socioambientais na garantia do acesso à Atenção Primária à Saúde.

Conclusão

O presente estudo permitiu caracterizar o perfil socioambiental, epidemiológico e funcional de pessoas idosas residentes na comunidade quilombola de Acauã (Poço Branco/RN), revelando uma realidade marcada por singularidades demográficas e expressivas vulnerabilidades estruturais. Evidenciou-se um cenário de longevidade avançada e configurações familiares pré-transicionais com altas taxas de fecundidade, coexistindo com elevados índices de analfabetismo e universalidade de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a Hipertensão Arterial Sistêmica. A avaliação multidimensional demonstrou uma importante heterogeneidade nos padrões de envelhecimento. A distribuição dos escores sugere que diferentes níveis de capacidade funcional podem coexistir com diferentes manifestações de sofrimento emocional, não sendo observada nesta amostra uma correspondência uniforme entre dependência física e intensidade dos sintomas depressivos e ansiosos. Devido ao tamanho reduzido da amostra, os achados assumem caráter descritivo e de geração de hipóteses, não permitindo inferências estatísticas populacionais. Não obstante, os resultados fornecem subsídios fundamentais e relevantes para investigações futuras e destacam a urgência de intervenções e investimentos públicos direcionados às demandas da comunidade local.

Referências

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999. BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988. CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999. CUNHA, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. GUERRA, Idália Medeiros; CASTRO, Carolina de; ARAÚJO, Nicole Agnes Nunes de; RIBEIRO, Virna Costa; BANGOIM, Herbert dos Santos. Determinantes sociais e acesso à saúde mental em populações quilombolas, indígenas e rurais assentadas: reflexões sobre a extinção do NASF e a invisibilização do cuidado territorial. Revista Interdisciplinar Cajuína, v. 11, n. 3, e2199, 2026. DOI: https://doi.org/10.52641/cadcajv11i3.2199. HAMILTON, M. A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, Londres, v. 23, n. 1, p. 56-62, 1960. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo: pessoas idosas (60 anos ou mais de idade). Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102038.pdf. Acesso em: 14 ago. 2026. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022: Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/. Acesso em: 24 ago. 2026. MAHONEY, F. I.;

BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal, v. 14, p. 61-65, 1965. MINOSSO, J. S. M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010. QEDU. Escola Municipal Maria Francisca Catarina: dados educacionais e infraestrutura (Poço Branco/RN). São Paulo: Fundação Lemann / Meritt, [20--]. Disponível em: https://qedu.org.br/escola/24039250-esc-mul-maria-francisca-catarina. Acesso em: 26 ago. 2026. SILVA, Givânia Maria da; SILVA, Romero Antonio de Almeida; DEALDINA, Selma dos Santos; ROCHA, Vanessa Gonçalves da (org.). Educação quilombola: territorialidades, saberes e as lutas por direitos. São Paulo: Jandaíra, 2021. SOARES, Antonio Jorge Gonçalves; PAES, Vinícius Rocha; MAROUN, Kátia; SOARES, Diego Gomes. Educação escolar quilombola: indicadores de desigualdades. Educação & Sociedade, Campinas, v. 46, e298308, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/es.298308. YAZAWA, Mayara Mayumi et al. Qualidade de vida e apoio social de pessoas idosas cuidadoras e receptoras de cuidado em alta vulnerabilidade social. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 26, e230032, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230032.pt

CÓDIGO: SB1067

AUTOR: CAYO FERNANDES DOS SANTOS

COAUTOR: LOUISE CONSTANCIA DE MELO ALVES SILVA

COAUTOR: DANIELE VIEIRA DANTAS

ORIENTADOR: RODRIGO ASSIS NEVES DANTAS

TÍTULO: EFICÁCIA DA REFLEXOLOGIA DAS MÃOS NO ALÍVIO DA DOR E ANSIEDADE NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: ensaio clínico randomizado

Resumo

Introdução: A obesidade representa um crescente problema social, exigindo esforços significativos dos sistemas de saúde, o que eleva a procura por cirurgia bariátrica (GLAYSHER; SOMERS, 2023). O enfermeiro, na equipe multidisciplinar, participa de todo o processo cirúrgico, necessitando de respaldo científico para prestar cuidados baseados em evidências (CAMPOS et al., 2021). Objetivo: Mapear produções científicas de enfermeiros sobre cirurgia bariátrica e identificar lacunas na literatura. Método: Utilizando o PRISMA-ScR, realizou-se uma Revisão de Escopo em dez bases de dados, revisadas por pares e literatura cinzenta. Resultados: A amostra incluiu 48 publicações de enfermagem, com maioria no Brasil (54,1%) e EUA (20,8%). Os resultados revelaram 9 eixos temáticos: processo de enfermagem, teorias, conhecimento sobre cirurgia, terapias não farmacológicas, assistência de enfermagem, educação em saúde, educação continuada, segurança do paciente e desafios no cuidado. A maioria abordou assistência perioperatória (33,3%). Identificaram-se consideráveis lacunas a serem preenchidas nas pesquisas da área. Conclusão: Esta revisão aponta oportunidades para estudos futuros em um público que cresce mundialmente e possui necessidades específicas, exigindo preparo dos enfermeiros.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Enfermagem. Revisão.

TITLE: USE OF HAND REFLEXOLOGY IN RELIEVING PAIN AND ANXIETY IN THE IMMEDIATE POSTOPERATIVE PERIOD OF BARIATRIC SURGERY: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

Abstract

Introduction: Obesity represents a growing social problem, requiring significant efforts from healthcare systems, which increases the demand for bariatric surgery (GLAYSHER; SOMERS, 2023). Nurses, in the multidisciplinary team, participate in the entire surgical process, needing scientific backing to provide evidence-based care (CAMPOS et al., 2021). Objective: To map nurses' scientific productions on bariatric surgery and identify literature gaps. Method: Using PRISMA-ScR, a Scoping Review was conducted in ten databases, including peer-reviewed and grey literature. Results: The sample included 48 nursing publications, mostly from Brazil (54.1%) and the USA (20.8%). The results revealed 9 thematic axes: nursing process, theories, knowledge about surgery, non-pharmacological therapies, nursing care, health education, continuing education, patient safety, and care challenges. Most addressed perioperative care (33.3%). Considerable gaps to be filled in area research were identified. Conclusion: This review points out opportunities for future studies in a globally growing population with specific needs, requiring nursing preparation.

Keywords: Bariatric Surgery. Nursing. Review.

Introdução

A obesidade representa um crescente problema social e leva a esforços significativos por parte dos sistemas de saúde de todo o mundo, a fim de evitar consequências que podem desencadear na saúde, como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, câncer e transtornos psiquiátricos (GLAYSHER; SOMERS, 2023).

Neste contexto, estima-se que até 2025, 18% da população masculina e 21% da feminina estarão obesas e que até 2030, 57,8% da população idosa também terá excesso de peso (BARAKAT; ALMEIDA, 2021). No Brasil, dados do Ministério da Saúde apontam que a obesidade atingiu 6,7 milhões de pessoas em 2022 (SBCBM, 2022).

A primeira linha de tratamento para obesidade é a mudança comportamental associada a alterações na dieta e hábitos de vida saudáveis; no entanto, quando não são suficientes, considera-se a gastroplastia para obesidade grave, também conhecida como cirurgia bariátrica, que pode levar à perda de peso por efeitos restritivos, disabsortivos ou metabólicos (SILVA; COSTA, 2023).

Além dos resultados na perda de peso a curto e médio prazo, a cirurgia confere melhora na saúde metabólica e cardiovascular, ocasionando redução no consumo de medicamentos pela remissão de comorbidades, além de melhorias na qualidade de vida (GLAYSHER; SOMERS, 2023).

No entanto, a cirurgia não resolve a situação da obesidade sozinha, sendo fundamental que o paciente receba acompanhamento interdisciplinar durante os períodos operatórios para auxiliar na transição à vida saudável (CAMPOS et al., 2021).

Dentre os participantes, destaca-se o enfermeiro, cujo papel é participar de todo o processo de atendimento ao paciente obeso até o pós-operatório tardio, exigindo

conhecimento teórico e prático para oferecer assistência de qualidade (ALVES et al., 2022).

Considerando que os enfermeiros passam maior tempo com os pacientes, eles avaliam e desempenham cuidados importantes na educação em saúde e no gerenciamento de complicações pós-operatórias, podendo utilizar técnicas não farmacológicas (SANTOS et al., 2022).

Assim, observa-se a crescente necessidade de conhecimentos específicos, exigindo esforços em pesquisas. Após busca prévia em bases como PROSPERO e Cochrane Library, não foram encontradas revisões semelhantes à temática. Neste sentido, o estudo objetiva mapear produções científicas de enfermeiros na temática de cirurgia bariátrica e identificar lacunas na literatura.

Este estudo encontra-se em andamento e caracteriza-se como uma revisão de escopo, delineada para mapear a produção científica acerca da temática. O método foi escolhido por permitir examinar a extensão, o alcance e a natureza das evidências disponíveis, identificando lacunas na literatura e sintetizando o conhecimento produzido sobre os cuidados de enfermagem e o manejo clínico perioperatório.

Metodologia

Trata-se de um Revisão de Escopo seguindo as recomendações da Joanna Briggs Institute (JBI) e o Checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). O protocolo foi cadastrado na Open Science Framework. Este tipo de revisão possibilita o mapeamento dos conceitos-chave, fontes e tipos de evidências disponíveis sobre o campo, além das lacunas na pesquisa (ARKSEY; O'MALLEY, 2005). Revisões como esta abordam questões amplas e não possuem como foco a qualidade dos estudos incluídos.
Para formulação da questão de pesquisa, utilizou-se o mnemônico PCC: P (enfermeiros); C (produções científicas da enfermagem); C (cirurgia bariátrica em adultos). A questão de pesquisa foi: "O que a enfermagem está desenvolvendo na literatura científica sobre a cirurgia bariátrica?".
As buscas foram realizadas em 10 fontes: SCOPUS, MEDLINE/PubMed, Web of Science, Science Direct, SCIELO, Cochrane Library, LILACS, Wiley Online Library, CAPES e Google Acadêmico. Foram adicionados filtros (exceto de restrição de tempo e idioma), conforme indicado na Tabela 1 (Anexos). Critérios de inclusão: estudos publicados on-line na íntegra, artigos, dissertações, teses, diretrizes e sites renomados na pesquisa de enfermagem sobre cirurgia bariátrica em adultos. Excluíram-se resumos, editoriais e relatos de caso.
A coleta ocorreu de 18 a 23 de junho de 2024, usando o Portal CAPES/CAFe. Os descritores (DeCS/MeSH) foram: "Cirurgia Bariátrica", "Gastroplastia", "Enfermagem", "Enfermeiros"; cruzados pelos operadores "AND" e "OR". A seleção dos estudos foi realizada por dois avaliadores independentes, simultaneamente. Realizou-se busca reversa nas referências dos selecionados.
Em 2021, Bradbury-Jones et al. (2021) publicaram a estrutura PAGER (Padrões, Avanços, Lacunas, Evidências para a Prática e Recomendações) como facilitador para relatórios de Revisões de Escopo. Considerando sua importância, o PAGER foi

apresentado nos resultados. A análise dos estudos ocorreu de forma descritiva, extraídos para planilhas do Excel para sintetização. Os dados são secundários e de acesso público, dispensando avaliação de comitê ético.

Resultados e Discussões

Um total de 48 artigos foram selecionados para compor a amostra final. A Figura 1 (Anexos) trata-se do diagrama PRISMA, apresentando o processo de seleção.
Os anos variaram de 2006 a 2024, com destaque para 2020 (18,7%) e 2021 (14,5%). Os países de origem foram China, EUA, Brasil, Suécia, Turquia, Inglaterra e Taiwan. Houve prevalência do Brasil (54,1%), seguido dos EUA (20,8%).
Após análise, os resultados foram compilados em 9 eixos temáticos (Figura 2), cuja maior prevalência foi na assistência de enfermagem (perioperatório). A Tabela 2 apresenta a síntese das publicações e a Tabela 3 mostra a estrutura PAGER.
A obesidade é uma epidemia mundial complexa. Nos EUA, a cirurgia bariátrica é a segunda mais realizada como estratégia de perda de peso, justificando 20,8% de publicações americanas. O Brasil (54,1%) possui políticas públicas de controle à obesidade; o Ministério da Saúde aponta milhões de acometidos, elevando o número de cirurgias (SBCBM, 2022). Assim, pesquisas acompanham as necessidades da sociedade para basear as práticas na literatura científica.
No eixo do conhecimento, enfermeiros devem ter embasamento sobre obesidade, tratamentos e cuidados perioperatórios para garantir segurança. Estudo chinês indicou pouco conhecimento sobre distúrbios metabólicos, enquanto estudo nos EUA mostrou triagem adequada. Percebe-se a necessidade de mais estudos sobre desafios de conhecimento.
No eixo de educação continuada, publicações avaliaram materiais instrucionais para orientar enfermeiros a dar apoio emocional e promover autocuidado, além da vigilância contra complicações (respiratórias e tromboembólicas) e adequação da sala cirúrgica.
Os estudos de assistência perioperatória foram os mais prevalentes. Enfermeiros devem garantir plano de cuidados com diagnósticos, promover consultas, educação em saúde e cuidar de dor, ferida, mobilidade e deambulação. O enfermeiro é frequentemente o principal contato na equipe interdisciplinar (CAMPOS et al., 2021).
Para controle de dor e ansiedade, publicações pesquisaram intervenções não farmacológicas: técnicas de relaxamento, meditação, estimulação elétrica e acupressão, com alívio significativo dos sintomas. O uso de práticas complementares está em ascensão, tornando-se campo fértil.
A promoção da educação em saúde potencializa o cuidado. Tecnologias como tele enfermagem, programas da web e cartilhas foram validadas para promover educação pré e pós-operatória sobre dieta e higiene.
No eixo do processo de enfermagem (PE) e teorias, todas as pesquisas foram desenvolvidas no Brasil. O PE e os diagnósticos (NANDA-I) orientam intervenções (aproximadamente 40 diagnósticos identificados). Sugere-se estudos de prevalência para delinear intervenções mais direcionadas. Teorias como a de Roy e de Wanda Horta foram trabalhadas, sendo essenciais para garantir a identidade da profissão.
Sobre segurança do paciente, apenas um artigo focado no transoperatório (regulação térmica, equipamentos) foi identificado. Recomenda-se pesquisas focadas nos impactos

das ações de segurança.
Em suma, a pesquisa de enfermagem no público bariátrico cresce, mas há lacunas. As limitações do estudo incluem o foco apenas em adultos, não cobrindo o aumento de cirurgias em adolescentes.

Conclusão

Existe um crescimento na produção científica dos enfermeiros na cirurgia bariátrica e as publicações desta revisão envolveram eixos como conhecimento, terapias não farmacológicas, assistência e segurança do paciente.

No entanto, ao observar a estrutura PAGER, afirma-se que existem diversas lacunas a serem preenchidas. A revisão de escopo elencou importantes oportunidades de pesquisas futuras por enfermeiros em um público que cresce mundialmente e tem necessidades específicas, exigindo preparo teórico e prático.

Referências

1. GLAYSHER, M.; SOMERS, S. S. Obesity: surgical management. Medicine, v. 51, n. 7, p. 515-518, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2023.04.013.

2. BARAKAT, B.; ALMEIDA, M. E. F. Biochemical and immunological changes in obesity. Archives of Biochemistry and Biophysics, v. 708, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.abb.2021.108951.

3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). Obesity affects more than 6.7 million people in Brazil in 2022. São Paulo: SBCBM, 2022. Disponível em: https://www.sbcbm.org.br/obesidade-atinge-mais-de-67-milhoes-de-pessoas-no-brasil-em-2022/. Acesso em: 26 ago. 2026.

4. SILVA, V. A.; COSTA, C. T. F. Obesity and bariatric surgery: psychological aspects in the preoperative period - an integrative review. In: SILVA, T. K. P. (Org.). Multidisciplinary and clinical perspectives in health. Campina Grande: Licuri, 2023. p. 1-15. Disponível em: https://doi.org/10.58203/Licuri.21331.

5. CAMPOS, K. K. et al. Performance of the interdisciplinary team in the postoperative period of bariatric surgery: a systematic review. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 50, n. 3, p. 106-122, 2021. Disponível em: https://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/1004.

6. ALVES, F. L. et al. Bariatric surgery: nurse's role in post-surgery quality of life. Research, Society and Development, v. 11, n. 3, p. e5311326214, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26214.

7. SANTOS, K. V. G. et al. Music-induced analgesia for adults and older adults during femoral arterial sheath removal after cardiac catheterization: a randomized clinical trial protocol. BMC Complementary Medicine and Therapies, v. 22, n. 1, p. 243, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12906-022-03723-5.

8. ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1080/1364557032000119616.

9. BRADBURY-JONES, C. et al. Scoping reviews: the PAGER framework for improving the quality of reporting. International Journal of Social Research Methodology, v. 25, n. 4, p. 457-470, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13645579.2021.1899596.

10. FAN, M. et al. Knowledge and attitudes towards obesity and bariatric surgery in Chinese nurses. Obesity Surgery, v. 30, n. 2, p. 618-629, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11695-019-04173-z.

11. PONSTEIN, L. Assessing the nurses' knowledge of bariatric surgery: a performance improvement project. Bariatric Nursing and Surgical Patient Care, v. 7, n. 4, p. 167-171, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1089/bar.2012.9959.

12. FELIX, M. M. et al. Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: a randomized clinical trial. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 26, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2850.3101.

13. HELMS, L. J. Video education to improve preoperative anxiety in the bariatric surgical patient: a quality improvement project. Journal of PeriAnesthesia Nursing, v. 35, n. 5, p. 467-471, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.03.007.

CÓDIGO: SB1071

AUTOR: LETÍCIA BEATRIZ SOUZA SANTIAGO

ORIENTADOR: MATHEUS DE SOUSA MATA

TÍTULO: Análise da atenção ambulatorialespecializada em saúde da mulhernas regiões de saúde do Rio Grandedo Norte

Resumo

Objetivo: analisar a produção de procedimentos ambulatoriais especializados voltados à saúde das mulheres nas oito Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte, entre 2019 e 2025. Método: estudo observacional, descritivo e quantitativo, com dados do SIA/SUS e do Censo Demográfico de 2022. Foram analisadas mamografias, ultrassonografias mamárias, ultrassonografias transvaginais e colposcopias, considerando taxas por 1.000 mulheres com 15 anos ou mais e o percentual em relação aos parâmetros esperados. Resultados: houve redução da produção em 2020, seguida de recuperação nos anos posteriores, com diferenças entre regiões e procedimentos. A colposcopia apresentou maior heterogeneidade, destacando-se Caicó pela produção superior ao parâmetro. Conclusão: apesar da recuperação após 2020, permaneceram diferenças territoriais na produção, evidenciando a importância do monitoramento dos serviços especializados para o planejamento regional da saúde das mulheres no SUS.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Atenção especializada; SUS; Regionalização.

TITLE: Analysis of specialized outpatient carein women's healthacross the health regions of Rio Grande do Norte

Abstract

Objective: to analyze the volume of specialized outpatient procedures focused on women's health across the eight Health Regions of Rio Grande do Norte between 2019 and 2025. Method: an observational, descriptive, and quantitative study using data from the SIA/SUS and the 2022 Demographic Census. Mammograms, breast ultrasounds, transvaginal ultrasounds, and colposcopies were analyzed, considering rates per 1,000 women aged 15 and older and the percentage relative to expected benchmarks. Results: there was a decrease in procedure volume in 2020, followed by a recovery in subsequent years, with variations across regions and procedure types. Colposcopy showed the greatest heterogeneity, with the Caicó region standing out for exceeding the expected benchmark. Conclusion: despite the recovery after 2020, territorial disparities in procedure volume persisted, highlighting the importance of monitoring specialized services for regional women's health planning within the SUS.

Keywords: Women's health; Specialized care; SUS; Regionalization.

Introdução

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher constitui importante área das políticas públicas de saúde no Brasil, sendo fundamental para a promoção da qualidade de vida, prevenção de agravos, diagnóstico precoce e redução da morbimortalidade feminina. Historicamente, a assistência esteve concentrada na dimensão reprodutiva, mas, a partir das reivindicações sociais e do processo de Reforma Sanitária Brasileira, consolidou-se uma concepção ampliada de saúde da mulher. Esse processo contribuiu para a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, ampliando o cuidado para diferentes necessidades ao longo da vida (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção organiza-se de forma regionalizada e hierarquizada, orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A Atenção Primária à Saúde atua na coordenação do cuidado, enquanto a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) oferece consultas, exames e procedimentos que demandam profissionais e recursos específicos. A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, instituída em 2023, reforça a integração entre a atenção especializada, a Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2023).

Na saúde das mulheres, a atenção especializada possui importância na prevenção, rastreamento e investigação diagnóstica, especialmente dos cânceres de mama e do colo do útero. A mamografia é utilizada no rastreamento do câncer de mama, enquanto a ultrassonografia mamária pode complementar a investigação de alterações. A ultrassonografia transvaginal é empregada na avaliação de diferentes condições ginecológicas, e a colposcopia integra a investigação de alterações cervicais identificadas no rastreamento do câncer do colo do útero (INCA, 2016; INCA, 2022; INCA, 2025).

A oferta desses procedimentos depende da disponibilidade de profissionais, equipamentos, capacidade instalada, regulação e organização dos fluxos assistenciais. Assim, analisar a produção especializada pode contribuir para identificar diferenças territoriais e subsidiar o planejamento da assistência. A regionalização do SUS permite que determinados municípios concentrem serviços destinados a populações de referência mais amplas (BRASIL, 2023).

A pandemia de COVID-19 provocou mudanças na organização dos serviços de saúde, incluindo redução ou adiamento de procedimentos eletivos. Dessa forma, a análise da produção entre 2019 e 2025 permite observar o comportamento dos procedimentos antes, durante e após o período pandêmico, identificando possíveis diferenças na recuperação entre os territórios.

No Rio Grande do Norte, a organização da assistência em oito Regiões de Saúde possibilita analisar a distribuição territorial dos serviços. Nesse contexto, a utilização da taxa de realização por 1.000 mulheres e do percentual da produção em relação ao parâmetro mínimo esperado permite comparar a produção entre regiões com diferentes populações e acompanhar sua evolução ao longo do tempo.

Diante disso, este estudo busca analisar a produção de mamografias, ultrassonografias mamárias, ultrassonografias transvaginais e colposcopias nas oito Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte, entre 2019 e 2025, considerando as taxas de realização, os parâmetros de produção esperados e as mudanças observadas durante e após a pandemia de COVID-19.

Metodologia

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários referentes à produção de procedimentos ambulatoriais especializados no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio Grande do Norte, no período de 2019 a 2025. Foram analisados os procedimentos de mamografia, ultrassonografia mamária, ultrassonografia transvaginal e colposcopia, considerando as oito Regiões de Saúde do estado.

Os dados de produção dos procedimentos foram obtidos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), considerando os registros segundo o local de residência das usuárias. Os dados foram organizados por Região de Saúde e ano de realização dos procedimentos.

Para a caracterização da população das Regiões de Saúde, foram utilizados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), provenientes do Censo Demográfico de 2022. A população total foi utilizada para identificar o parâmetro de produção correspondente a cada Região de Saúde, de acordo com seu porte populacional. Para o cálculo das taxas de realização dos procedimentos, foi considerada a população feminina com 15 anos ou mais.

A análise foi realizada por meio de dois indicadores. Inicialmente, foi calculada a taxa de realização dos procedimentos por 1.000 mulheres com 15 anos ou mais, utilizando a produção anual registrada no SIA/SUS e a população feminina correspondente. Em seguida, foi calculado o percentual de produção em relação ao parâmetro esperado, considerando a produção observada em cada ano e o parâmetro mínimo anual estabelecido para o respectivo procedimento e porte populacional da Região de Saúde. Os resultados foram classificados como “Atingiu”, quando a produção alcançou ou ultrapassou 100% do parâmetro, e “Não atingiu”, quando permaneceu abaixo desse valor.

Foram realizadas análises descritivas e temporais da produção dos procedimentos, permitindo comparar o comportamento das Regiões de Saúde ao longo do período de 2019 a 2025. Foram elaboradas tabelas e gráficos de tendência temporal para apresentar as taxas de realização e o percentual de cumprimento dos parâmetros, possibilitando observar as mudanças ocorridas ao longo do período, especialmente a redução da produção observada em 2020 e sua evolução nos anos subsequentes.

O processamento e a análise dos dados, bem como a elaboração das tabelas e gráficos, foram realizados no software R, versão 4.5.2. Por utilizar dados secundários provenientes de bases de acesso público, sem identificação individual das usuárias, o estudo não envolveu informações pessoais ou identificáveis.

Resultados e Discussões

RESULTADOS

A análise da produção dos procedimentos de atenção especializada foi realizada para as oito Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte, considerando o período de 2019 a 2025. Foram analisadas a realização de mamografias, ultrassonografias mamárias, ultrassonografias transvaginais e colposcopias, considerando, inicialmente, a produção em relação à população feminina com 15 anos ou mais e, posteriormente, a proporção da produção observada em relação ao parâmetro mínimo esperado para cada procedimento.

A análise permitiu observar a evolução temporal dos procedimentos, com destaque para as mudanças ocorridas a partir de 2020 e para o comportamento da produção nos anos subsequentes.

De modo geral, observou-se redução da realização dos procedimentos em 2020, em comparação com 2019, seguida por diferentes padrões de recuperação nos anos posteriores. Entretanto, a magnitude dessa redução e a capacidade de recuperação variaram entre os procedimentos e as Regiões de Saúde.

Para a ultrassonografia mamária, a taxa de realização por 1.000 mulheres com 15 anos ou mais apresentou redução generalizada em 2020, seguida de recuperação nos anos posteriores. Em relação ao parâmetro esperado, também foi observada redução da produção em 2020. Apesar disso, a maior parte das regiões permaneceu acima do parâmetro, sendo Caicó a única Região de Saúde abaixo da referência nesse ano. A partir de 2021, verificou-se recuperação da produção, com manutenção de valores superiores ao parâmetro nas regiões analisadas e destaque para a Região Metropolitana, que apresentou os maiores percentuais durante o período.

Na análise das mamografias, também foi observada redução generalizada da taxa de realização em 2020, seguida de recuperação nos anos posteriores. O comportamento em relação ao parâmetro esperado evidenciou uma redução mais acentuada: em 2020, sete das oito Regiões de Saúde apresentaram produção inferior ao parâmetro, permanecendo

a Região Metropolitana como exceção. A partir de 2021, houve recuperação progressiva da produção na maioria das regiões, com ampliação dos percentuais em relação ao parâmetro nos anos seguintes. A Região Metropolitana apresentou os maiores níveis de produção relativa ao parâmetro, enquanto Açu permaneceu abaixo da referência durante todo o período analisado.

Para a ultrassonografia transvaginal, observou-se igualmente redução da realização em 2020, seguida de recuperação nos anos subsequentes. Santa Cruz e Pau dos Ferros apresentaram as maiores taxas de realização ao longo do período, enquanto algumas regiões permaneceram em níveis mais baixos. Quanto ao parâmetro esperado, Açu apresentou comportamento diferenciado, permanecendo abaixo da referência em 2020 e nos anos seguintes, com exceção de 2024. A Região Metropolitana apresentou crescimento expressivo a partir de 2021, alcançando os maiores percentuais do período, próximos a 800% do parâmetro em 2024 e 2025. Também foram observados aumentos importantes na produção relativa ao parâmetro em Caicó e São José de Mipibu nos anos mais recentes.

A colposcopia apresentou comportamento distinto dos demais procedimentos, especialmente quanto à relação com o parâmetro esperado. Embora também tenha ocorrido redução da realização em 2020, a recuperação posterior foi mais heterogênea entre as regiões. Caicó apresentou as maiores taxas de realização e permaneceu acima do parâmetro durante todo o período, com percentuais superiores a 200% em alguns anos. Pau dos Ferros também apresentou recuperação expressiva em 2025. Por outro lado, Açu, João Câmara, Mossoró e São José de Mipibu permaneceram abaixo do parâmetro durante a maior parte do período, enquanto a Região Metropolitana, apesar de apresentar produção superior ao parâmetro em 2019, não voltou a alcançar a referência nos anos posteriores. Santa Cruz também permaneceu abaixo do parâmetro durante todo o período analisado.

De forma geral, os resultados evidenciam uma redução da produção dos quatro procedimentos em 2020, seguida por diferentes padrões de recuperação entre as Regiões de Saúde. A relação com os parâmetros mínimos esperados demonstra que a redução foi particularmente expressiva para a mamografia, enquanto a ultrassonografia mamária apresentou maior manutenção da produção acima da referência. A ultrassonografia transvaginal apresentou recuperação importante após 2020, especialmente em algumas regiões, enquanto a colposcopia apresentou maior dificuldade de alcance do parâmetro em parte significativa das Regiões de Saúde.

Assim, embora tenha sido observada uma recuperação da produção após 2020, os resultados demonstram que essa recuperação não ocorreu de maneira homogênea, havendo diferenças importantes entre os procedimentos e entre as Regiões de Saúde. Esses achados permitem identificar diferentes padrões territoriais de oferta e produção dos procedimentos analisados no período de 2019 a 2025, constituindo a base para a discussão sobre os possíveis impactos do período pandêmico e sobre as desigualdades na oferta de atenção especializada à saúde das mulheres.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram diferenças na produção de procedimentos ambulatoriais especializados voltados à saúde das mulheres entre as oito Regiões de

Saúde do Rio Grande do Norte, no período de 2019 a 2025. Foram considerados a taxa de realização por 1.000 mulheres com idade ≥15 anos e o percentual da produção em relação ao parâmetro mínimo esperado. A utilização conjunta desses indicadores permitiu analisar a produção em relação à população feminina e à referência assistencial.

A produção registrada nos sistemas de informação representa a utilização dos serviços em determinado período e não permite, isoladamente, mensurar necessidade, acesso, qualidade ou resolutividade. Produções inferiores ao parâmetro podem estar relacionadas à organização da oferta, capacidade instalada, disponibilidade de profissionais e equipamentos, regulação ou características da demanda. Valores superiores podem refletir concentração regional dos serviços ou atendimento de usuárias provenientes de outros municípios.

Os quatro procedimentos analisados — mamografia, ultrassonografia mamária, ultrassonografia transvaginal e colposcopia — apresentaram redução da produção em 2020, seguida de recuperação nos anos posteriores, porém de forma heterogênea entre as regiões. A redução ocorreu no contexto da pandemia de COVID-19, período marcado pela reorganização dos serviços e suspensão ou adiamento de procedimentos. O Instituto Nacional de Câncer também identificou redução das mamografias de rastreamento no SUS em 2020 (INCA, 2021). Entretanto, por se tratar de estudo observacional e descritivo, não é possível atribuir causalidade exclusivamente à pandemia.

Para a ultrassonografia mamária, observou-se redução em 2020 e posterior recuperação. A maioria das Regiões de Saúde apresentou produção superior ao parâmetro mínimo esperado, com destaque para a Região Metropolitana. Caicó apresentou produção inferior ao parâmetro em 2020, mas retomou valores superiores nos anos seguintes. A recuperação não permite afirmar isoladamente melhoria do acesso, pois a produção pode ser influenciada pela capacidade instalada, disponibilidade de profissionais e equipamentos e organização dos serviços.

A mamografia apresentou redução mais expressiva em 2020, quando sete das oito Regiões de Saúde ficaram abaixo do parâmetro, enquanto a Região Metropolitana foi exceção. Nos anos seguintes, houve recuperação da produção, embora permanecessem diferenças territoriais. A Região Metropolitana apresentou os maiores percentuais, enquanto Açu permaneceu abaixo da referência durante toda a série. Considerando sua importância nas estratégias de detecção precoce do câncer de mama, essa redução merece atenção no planejamento da oferta (INCA, 2021; INCA, 2022).

A ultrassonografia transvaginal apresentou comportamento semelhante, com redução em 2020 e recuperação nos anos posteriores. Santa Cruz e Pau dos Ferros apresentaram destaque nas taxas de realização, enquanto Açu permaneceu abaixo do parâmetro em grande parte da série. A Região Metropolitana apresentou crescimento nos anos mais recentes, com percentuais elevados em 2024 e 2025. Caicó e São José de Mipibu também apresentaram aumento nesse período.

A produção elevada observada em algumas regiões não significa necessariamente maior necessidade da população residente, pois determinados municípios podem concentrar serviços especializados e atender usuárias provenientes de outros territórios. Essa

característica é compatível com a regionalização do SUS, que organiza a oferta considerando diferentes níveis de complexidade e populações de referência (BRASIL, 2023).

A colposcopia apresentou a maior heterogeneidade territorial. Embora tenha ocorrido redução em 2020, a recuperação posterior foi desigual. Caicó apresentou as maiores taxas de realização e permaneceu acima do parâmetro durante toda a série histórica, ultrapassando 200% em determinados anos. Pau dos Ferros também apresentou recuperação em 2025. Em contrapartida, Açu, João Câmara, Mossoró e São José de Mipibu permaneceram abaixo do parâmetro em diferentes períodos, enquanto Santa Cruz permaneceu abaixo da referência durante toda a série.

A colposcopia integra a investigação especializada de alterações cervicais e depende de profissionais capacitados, serviços de referência e fluxos de encaminhamento organizados. Fatores territoriais e organizacionais podem interferir no acesso ao procedimento, incluindo disponibilidade de profissionais especializados e tempo de espera (MACHADO; MIRANDA; MORCELI, 2026).

Nesse contexto, o resultado observado em Caicó merece destaque. A produção superior a 200% em determinados anos não permite afirmar maior necessidade da população local, pois os dados não identificam a origem das usuárias. Entretanto, a experiência de telecolposcopia descrita por Batista (2026), desenvolvida na Clínica Escola da EMCM nos municípios de Caicó e Santa Cruz, demonstra a existência de estrutura para aquisição de imagens colposcópicas e emissão de laudos por telemedicina. Esse contexto pode contribuir para compreender a concentração da produção observada em Caicó.

Segundo Batista (2026), a experiência envolveu mulheres previamente reguladas para investigação de alterações cervicais e demonstrou potencial da telecolposcopia para apoiar a avaliação especializada. Também foram identificados desafios na integração entre Atenção Primária e especialistas, sendo a capacitação e a supervisão importantes para aprimorar a qualidade das imagens e padronizar os procedimentos.

Assim, a produção elevada de colposcopias em Caicó pode estar relacionada à concentração regional da oferta e à existência dessa estrutura assistencial. Entretanto, essa hipótese não pode ser confirmada apenas pelos dados deste estudo, pois não é possível determinar a proporção de usuárias residentes no município e aquelas provenientes de outros territórios. São necessárias informações sobre origem das usuárias e fluxos de regulação para compreender esse padrão com maior precisão.

De maneira semelhante, a produção inferior ao parâmetro não deve ser interpretada automaticamente como insuficiência de acesso. Regiões com menor produção podem depender de serviços localizados em outros municípios, enquanto territórios com produção elevada podem funcionar como referências regionais. Portanto, os indicadores devem ser utilizados como instrumentos de monitoramento e analisados conjuntamente com informações sobre acesso, demanda reprimida, tempo de espera, capacidade instalada e fluxos de referência e contrarreferência.

Quando comparados os quatro procedimentos, não houve um padrão único de produção. A mamografia apresentou redução mais ampla em 2020 e posterior recuperação; a

ultrassonografia mamária manteve produção superior ao parâmetro na maioria das regiões; a ultrassonografia transvaginal apresentou crescimento em determinadas regiões; e a colposcopia apresentou maior heterogeneidade territorial. Esses resultados demonstram diferentes padrões de oferta e utilização entre procedimentos da mesma área de atenção.

A análise conjunta da taxa de realização e do percentual em relação ao parâmetro mostrou-se importante para interpretar essas diferenças. A taxa permite relacionar a produção à população feminina de referência, enquanto o percentual demonstra a distância entre a produção observada e o parâmetro assistencial. Nenhum dos indicadores, isoladamente, permite avaliar integralmente o acesso ou a qualidade da assistência.

As diferenças territoriais também podem estar relacionadas ao processo de regionalização do SUS. Determinados procedimentos podem ser ofertados de forma concentrada em municípios com maior capacidade instalada, atendendo populações de referência mais amplas. Assim, diferenças na produção podem refletir formas distintas de organização da rede e não necessariamente desigualdades proporcionais na necessidade da população (BRASIL, 2023).

Do ponto de vista da gestão, os resultados podem contribuir para o planejamento regional da atenção ambulatorial especializada. Regiões com produção inferior ao parâmetro durante períodos prolongados podem ser avaliadas quanto à capacidade instalada, disponibilidade de profissionais, equipamentos e fluxos de acesso. Regiões com produção muito superior podem ser investigadas quanto à concentração de serviços e ao atendimento de populações provenientes de outros territórios.

Entre as limitações do estudo, destacam-se a utilização de dados secundários e a impossibilidade de avaliar diretamente demanda reprimida, tempo de espera, capacidade instalada, disponibilidade de profissionais e equipamentos, origem das usuárias e fluxos intermunicipais. O percentual da produção em relação ao parâmetro também não constitui, isoladamente, indicador de qualidade ou acesso.

Outra limitação está relacionada ao caráter descritivo do estudo. Embora a redução observada em 2020 seja temporalmente compatível com a pandemia de COVID-19, não é possível estabelecer relação causal entre o evento e a redução da produção. Também não é possível determinar se a quantidade de exames realizados correspondeu integralmente às necessidades da população feminina.

Apesar das limitações, a série histórica permitiu identificar diferenças relevantes na produção dos procedimentos especializados e padrões territoriais distintos. A recuperação observada após 2020 não ocorreu de forma homogênea entre as Regiões de Saúde, permanecendo diferenças importantes na oferta dos procedimentos.

Conclui-se que a produção de mamografias, ultrassonografias mamárias, ultrassonografias transvaginais e colposcopias apresentou redução em 2020 e recuperação nos anos posteriores, porém com persistência de diferenças territoriais. O destaque de Caicó na produção de colposcopias demonstra a importância de considerar a concentração regional da oferta e os fluxos assistenciais na interpretação dos indicadores. O monitoramento contínuo da produção, associado a informações sobre

acesso, capacidade instalada, regulação e origem das usuárias, pode subsidiar o planejamento regional e fortalecer as linhas de cuidado relacionadas à saúde das mulheres no SUS.

Conclusão

CONCLUSÃO

A análise da produção de procedimentos ambulatoriais especializados voltados à saúde das mulheres nas oito Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte, entre 2019 e 2025, evidenciou diferenças territoriais na realização de mamografias, ultrassonografias mamárias, ultrassonografias transvaginais e colposcopias.

Observou-se redução da produção em 2020, seguida de recuperação nos anos posteriores, porém de forma desigual entre regiões e procedimentos. As taxas por 1.000 mulheres e os percentuais em relação aos parâmetros permitiram identificar diferentes padrões de produção regional.

A colposcopia apresentou maior heterogeneidade, com destaque para Caicó, que manteve produção superior ao parâmetro. Esse resultado pode estar relacionado à organização regional da oferta, embora os dados não permitam identificar a origem das usuárias. A produção inferior ao parâmetro também não indica, isoladamente, insuficiência de acesso, podendo sofrer influência da capacidade instalada, profissionais, equipamentos e fluxos de regulação.

Conclui-se que a produção apresentou recuperação após 2020, mas permaneceu marcada por desigualdades territoriais. O monitoramento desses indicadores, associado a informações sobre acesso e organização da rede, pode subsidiar o planejamento regional e fortalecer a atenção especializada à saúde das mulheres no SUS.

Referências

REFERÊNCIAS

BATISTA, Vítor Luciani Medeiros. Telecolposcopia no rastreamento do câncer do colo do útero: contribuições para o cuidado e a formação em serviço. 2026. Dissertação (Mestrado em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) – Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro 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, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Especializada à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em:https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em:https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I – Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Câncer do colo do útero: introdução. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Controle do câncer do colo do útero: detecção precoce. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Detecção precoce do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev., ampl. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em:Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Acesso em: 29 ago. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Mamografias no SUS. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em:Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama. Acesso em: 29 ago. 2026.

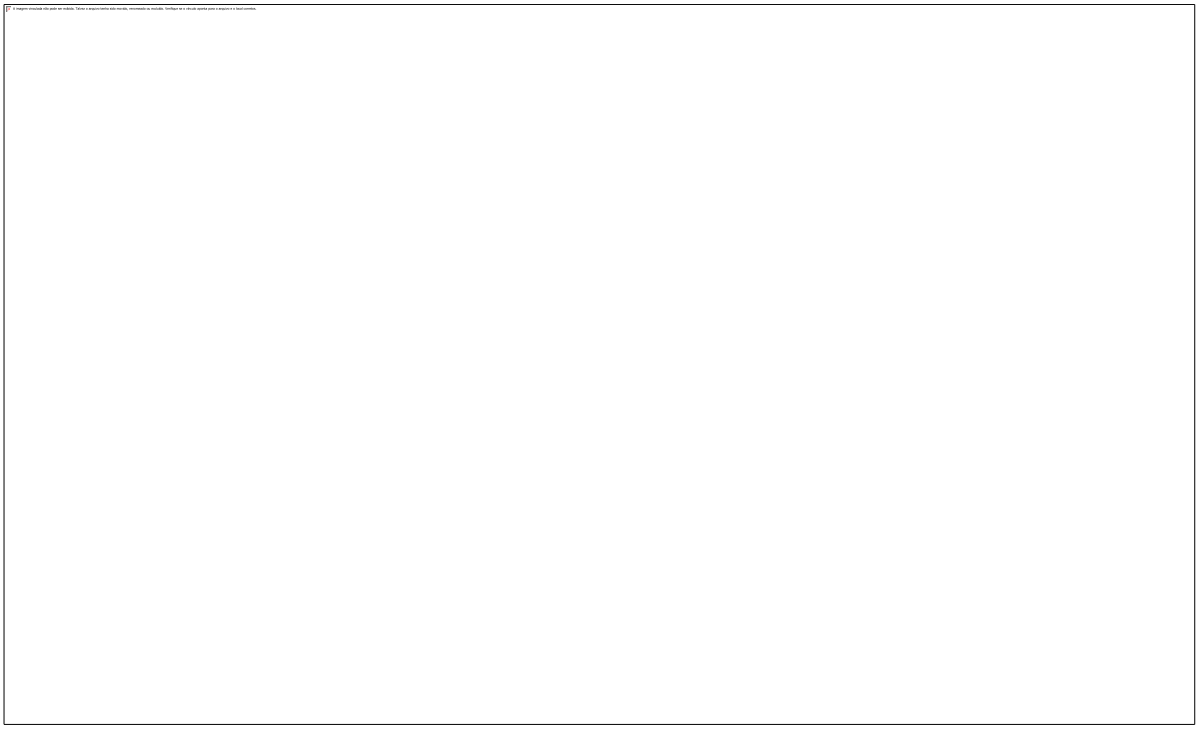
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em:Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama. Acesso em: 29 ago. 2026.

MIGOWSKI, Arn; CORRÊA, F. Recomendações para detecção precoce de câncer durante a pandemia de COVID-19 em 2021. Revista de APS, v. 23, n. 1, p. 235-240, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Controle integral do câncer do colo do útero: guia de práticas essenciais. Washington, DC: OPAS, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Early detection. Geneva: World Health Organization, 2007. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 3).

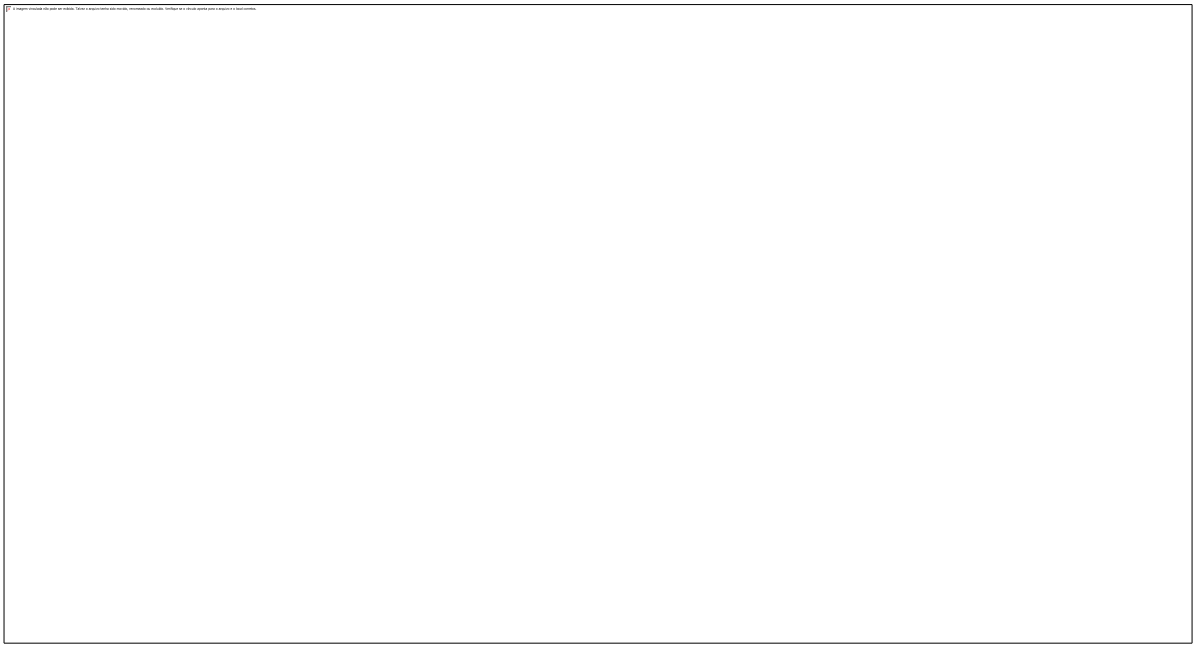
Anexos



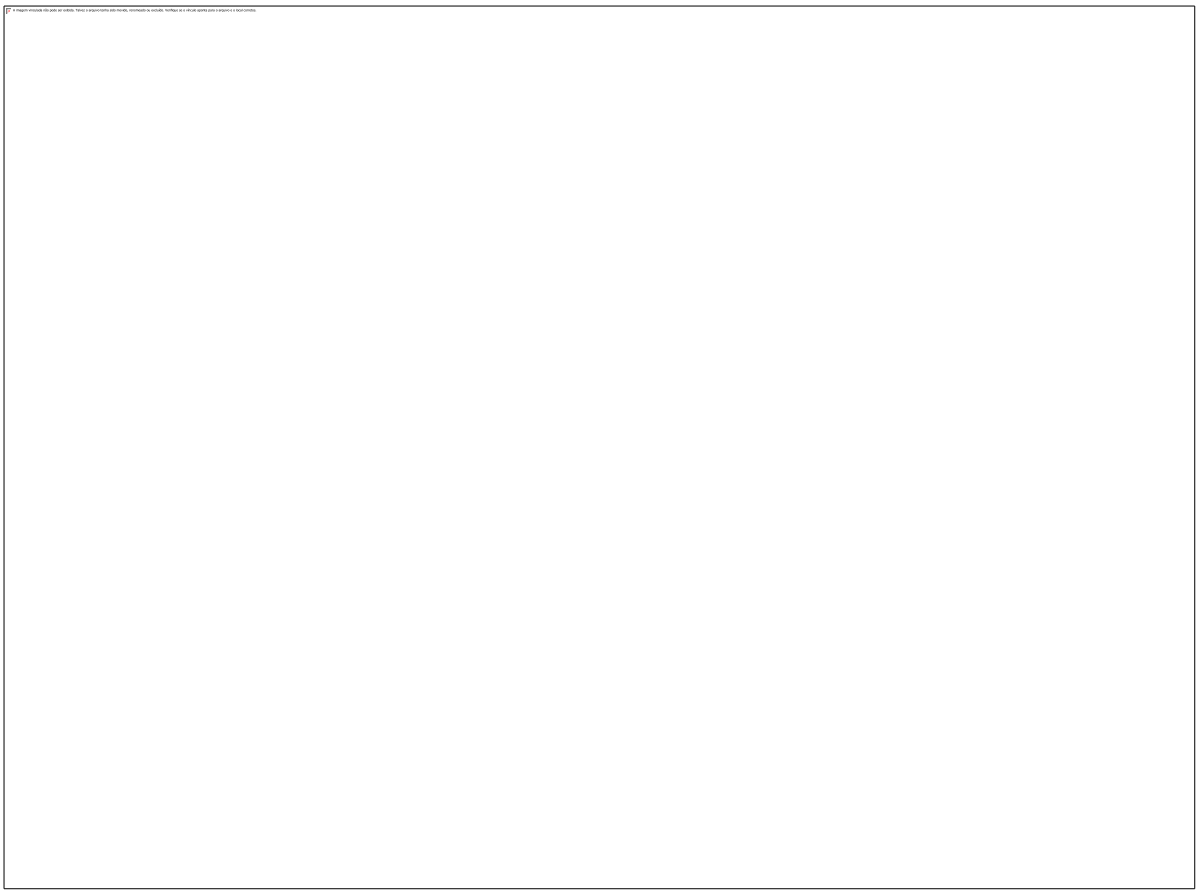
Gráficos



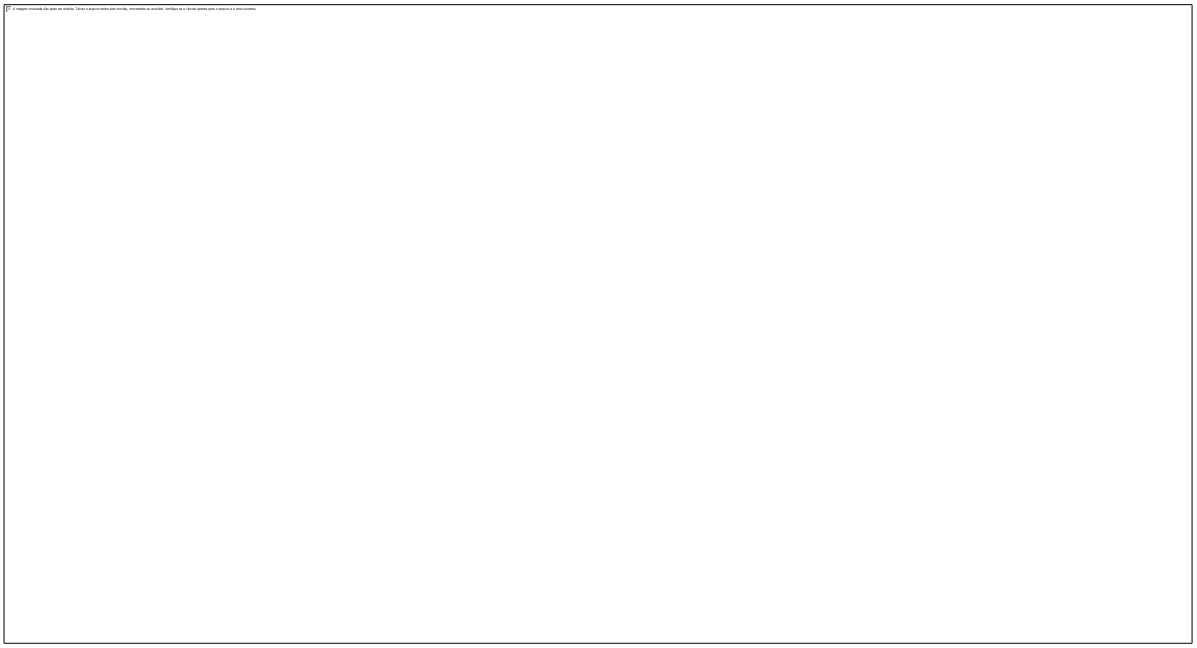
Esperado mamografia



Realizado colposcopia



Realizado mamografia



Usg mamária



Usg transvaginal



Evolução usg mamária



Usg transvaginal

CÓDIGO: SB1108

AUTOR: RHAABE DAYANE DA SILVA GOMES

ORIENTADOR: CLAUDIA CRISTIANE FILGUEIRA MARTINS RODRIGUES

TÍTULO: Validação de um Cenário de simulação para cuidados clínico no ensino de Semiotécnica em enfermagem

Resumo

O desenvolvimento de estratégias de ensino aprendizagem para os estudantes da área da saúde vem sendo uma prática que o auxilia a assimilar o conteúdo teórico com habilidades práticas. E, a simulação clínica parte dessa premissa, estimulando o discente a priorizar o cuidado seguro, bem como o pensamento crítico previamente a realização de um procedimento invasivo. Nos cursos técnicos em enfermagem, a simulação clínica ainda não é realidade, o que reflete a necessidade de um incentivo a essa metodologia ativa nesse contexto. Diante disso, o objetivo desse projeto é Construir, validar e avaliar cenários de simulação para o ensino de semiotécnica em enfermagem em nível técnico. Afim, de avaliar a aplicabilidade prática desses cenários no ensino do componente curricular semiotécnica em enfermagem. estudo quantitativo com desenho quase-experimental, do tipo antes- depois, de grupo único. O estudo seguirá os princípios éticos para pesquisa com seres humanos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012, do Conselho nacional de Saúde. Espera-se que os cenários clínicos validados contribuam para a consolidação do ensino técnico em enfermagem formando um profissional ético e comprometido com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente.

Palavras-chave: Simulação clínica; Segurança do Paciente; ensino

TITLE: Validation of a simulation scenario for clinical care in the teaching of nursing semiotechnique

Abstract

Developing teaching-learning strategies for health science students is a practice that helps them integrate theoretical content with practical skills. Clinical simulation is based on this premise, encouraging students to prioritize safe care and critical thinking before performing invasive procedures. Clinical simulation is not yet a reality in

technical nursing courses, highlighting the need to promote this active learning methodology in that context. Therefore, the objective of this project is to develop, validate, and evaluate simulation scenarios for teaching nursing semiotechnique at the technical level, in order to assess the practical applicability of these scenarios within the nursing semiotechnique curriculum. This is a quantitative study using a single-group, quasi-experimental, pre-test/post-test design. The study will adhere to the ethical principles for research involving human subjects established by Resolution No. 466/2012 of the National Health Council. It is expected that the validated clinical scenarios will contribute to strengthening technical nursing education, helping to shape professionals who are ethical and committed to quality care and patient safety.
Enviar feedback

Keywords: Clinical simulation; Patient safety;Teaching

Introdução

As mudanças no processo ensino-aprendizagem que ocorrem na contemporaneidade são decorrentes do surgimento da nova geração de alunos conhecida como “estudante 3.0” ou nativos digitais. Esses alunos trazem consigo características inerentes ao seu modo de vida que influenciam diretamente o seu comportamento e no modo como utilizam o que lhes é disponibilizado.
E, por isso, faz-se necessário criar condições que favoreçam o ensino desses discentes no contexto atual, envolvendo-os em seu processo de aprendizagem, garantindo assim a construção de um ambiente de formação propício ao seu desenvolvimento.
Desse modo, a adoção de referenciais teóricos e pedagógicos que priorizem a implicação e o engajamento dos futuros profissionais no seu processo de desenvolvimento e qualificação vem demonstrando potencial para a formação desses alunos.
No contexto da formação dos profissionais da área da saúde o ensino mediado por simulação clínica é uma das estratégias de grande impacto na aprendizagem desses futuros profissionais, visto que recriam condições que se assemelha a situação real com os objetivos de treinar a habilidade técnica dos alunos, bem como o desenvolvimento do pensamento crítico diante de uma situação apresentada.
Especificamente, na área da enfermagem, existe a necessidade de um profissional que deva possuir habilidades e competências técnicas para a realização de ações invasivas para com os pacientes, e, por isso, recriar situações em um ambiente seguro e controlado auxilia ao estudante no desenvolvimento teórico prático para a vivência desses procedimentos.
A efetividade da simulação clínica, em termos de ensino, está diretamente relacionada à construção de cenários clínicos com enredo previamente planejado e com o objetivo de trazer resultados na aprendizagem para os participantes, assim como sua validação, adequada execução e preparação dos envolvidos.
Desse modo, o uso da simulação no ensino da área da saúde possibilita a capacitação dos estudantes para a execução de procedimentos em condições reais. Já que o uso de

simuladores, atores, em um ambiente de ensino prático desenvolvido com a finalidade específica.

Com isso, o uso de cenários de simulação no ensino de disciplinas pautadas na enfermagem fundamental é essencial no currículo da formação do curso de enfermagem.

Sobretudo, nos cursos de formação do profissional de nível médio em enfermagem emerge a necessidade de aprimorar esses ambientes de ensino, a fim de garantir a esses alunos as condições necessárias para o desenvolvimento e suporte no que se refere a realização de procedimentos do nível técnico da enfermagem.

Ressalta-se que, para o atendimento das necessidades da área de saúde, as instituições de educação profissional necessitam preparar seus discentes para o pleno exercício de suas funções mentais, cognitivas e socioafetivas, com capacidade de aprender com autonomia e assimilar o crescente número de informações, adquirir novos conhecimentos e habilidades e enfrentar situações novas com dinamismo, flexibilidade e criatividade, compreendendo as bases sociais, econômicas, técnicas, tecnológicas e científicas.
Com isso, emerge a necessidade de formar um profissional de nível médio da enfermagem capacitado a atuar nesses aspectos, fomentando a aprendizagem por meio de metodologias ativas que o auxiliem nessa construção de atitudes e habilidades teórico- práticas que envolvam o profissional no saber cuidar.

Desse modo, a formação pautada em simulação clínica na qual recriam cenários simulados é imprescindível para a consolidação do perfil do técnico em enfermagem qualificado e ético pautado nas premissas da segurança do paciente e do cuidado seguro. Ressalta-se, ainda, a existência de uma lacuna na literatura no que se refere a utilização de cenários de simulação realística para o ensino do técnico em enfermagem, e por isso, torna-se relevante fomentar pesquisas pautadas no uso da simulação clínica para o ensino desse profissional.

Metodologia

Para avaliar a implementação de cenários de simulação clínica para discentes do curso técnico em enfermagem, enquanto estratégia de ensino na área de Semioténcica em Enfermagem, será necessário o desenvolvimento de estudos distintos, sendo divididos em duas etapas: Etapa 1: Construção e validação de conteúdo para os cenários de simulação clínica em duas áreas previamente selecionadas do ensino de semiotécnica em enfermagem e a etapa 2: implementação dos cenários de simulação clínica para avaliação dos discentes do curso técnico em enfermagem enquanto estratégia de ensino na área de Semiotécnica em Enfermagem.

ETAPA 1: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E MATERIAL PARA OS CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO CLÍNICA EM DUAS ÁREAS PREVIAMENTE SELECIONADAS DO ENSINO DE SEMIOTÉCNICA EM ENFERMAGEM

Delineamento Metodológico

Trata-se de um estudo descritivo com desenvolvimento metodológico pautado na psicometria de Pasquali, 1998, com procedimentos teóricos (construção dos cenários), empíricos (seleção dos juízes e instrumento de validação) e analíticos (critérios de avaliação) para a construção e validação de três cenários clínicos simulados para o ensino de: 1) administração Segura de medicamentos; 2) Cuidados clínicos em enfermagem e 3) assistência de enfermagem ao portador de feridas. (25)

Local do Estudo

O estudo será desenvolvido no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, especificamente no Laboratório de Habilidades práticas da Escola de Saúde da referida universidade.

O referido laboratório é estruturado no formato de um ambiente climatizado, com capacidade para 50 estudantes. Dispõe de equipamentos médicos-hospitalar para aulas teórico-práticas dos diferentes cursos. Possui computador com acesso à internet; projetor multimídia com caixas de som; carteiras e quadro brando. (8)

É composto por posto de enfermagem construído em madeira, nele contém duas

pias, uma de inox e uma de cerâmica (Figura 3). Este ambiente pode ser organizado de acordo com a temática da aula teórico-prática e/ou prática que o docente solicitar (Figura 4). Cabe destacar, que o referido laboratório possui manequins de baixa fidelidade para a prática de simulação adulto e pediátrico. (8)

Procedimentos Teóricos

Para a realização da construção dos cenários de simulação clínica faz-se necessário que o realismo seja suficiente para permitir que os alunos não encarem a tarefa com descrença ou desinteresse. A vista disso, o cenário deve conter elementos clínicos baseados em evidências científicas atuais e que recriem o ambiente do cuidado em saúde com fidelidade. (26)

Desse modo, para o melhor desenvolvimento, construção e posterior implementação dos cenários de simulação, faz-se necessário um alinhamento entre os elementos, finalidades e objetivos pedagógicos do cenário e das considerações práticas

para que eles se tornem viáveis de serem executados pautados na literatura científica da área de interesse. (26, 27)

Com isso, pretende-se contruir, inicialmente, uma ampla revisão da literatura sobre cada um dos temas propostos para a elaboração dos cenários afim de subsidiar os elementos necessários para a sua elaboração.

Assim, para o ensino baseado na simulação em semiotécnica em enfermagem serão construídos três cenários clínicos simulados que abordararão as temáticas "Administração Segura de medicamentos" (cenário 1); "Cuidados clínicos em enfermagem" (cenário 2) e "Assistência de enfermagem ao portador de feridas" (cenário 3). Os respectivos cenários serão elaborados a partir dos componentes conceituais da NLN/JST (28) e atendendo às normas da International Nursing Association for Clinical Simulation and a Learning (INASCL) Standards of Best Practices: Simulation. (29)

Nos cenários, com base no INASCL, 2016, as etapas de construção seguirão a sequência de desenvolvimento: Contexto; Background, Design e objetivos específicos, feedback a ser destinado ao aluno.

Após a construção dos cenários de simulação, será iniciada a etapa de Validação de conteúdo. Desse modo, a medida que cada um dos cenários de simulação for construído com todas essas etapas, os mesmos serão enviados aos experts para sua validação e posterior implementação no ensino.

Participarão desta etapa do estudo experts na área de enfermagem fundamental, especificamente em semiotécnica em enfermagem. Para selecionar os experts que irão compor esta etapa de validação, será realizada uma investigação em grupos de pesquisa no portal do CNPq, especificamente no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, utilizando como filtro a palavra simulação, consultando por grupo de pesquisa, aplicando à busca ao nome do grupo, ao nome da linha de pesquisa e as palavras-chave da linha de pesquisa, adicionando ainda como filtro a área do conhecimento (Grande área- Ciências da Saúde; Área- Enfermagem).

Após obtermos os resultados desta busca, será realizada uma análise no Currículo Lattes dos mesmos e como seleção os critérios sugeridos por Fehring, 1994, (30) adaptados ao escopo desse estudo.

Uma carta-convite será enviada por email aos experts selecionados, apresentando os motivos pelos quais foram escolhidos, sobre o interesse e a disponibilidade de participar do estudo, dos conceitos envolvidos no estudo e dos materiais a serem avaliados, pretende-se selecionar no mínimo 10 docentes com expertise na área do estudo. Ao manifestarem o aceite em participar do estudo, será encaminhado um link do aplicativo de Formulário Google forms® para o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, da caracterização sociodemográfica e para a validação dos cenários simulados. A identidade dos experts será mantida em sigilo, para o público em geral e entre os participantes, visando dirimir o viés de influência entre as

respostas.

Procedimentos Análiticos

Para a análise dos dados, será utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC) como parâmetro para definir sobre a modificação dos itens ou não. O IVC mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão

Resultados e Discussões

Com base nos critérios estabelecidos para a pesquisa de escopo, uma das etapas estabelecidas no projeto de simulação clinica, foram encontrados 39 trabalhos relacionados ao universo da simulação clínica para estudantes de enfermagem. Dentre esses estudos, 8 artigos abordaram especificamente a utilização da simulação clínica no contexto da administração segura de medicamentos, tema central desta pesquisa.

Conclusão

Nesta pesquisa foi achado artigos que abordam sobre o cenário de simulação no ensino de enfermagem, destaca-se que há ainda poucos cenários com o direcionamento exclusivo para a prática de administração segura de medicamentos. É necessário que haja mais cenários de simulação direcionados para essa importante prática da enfermagem.

Referências

Góes FSN, Fonseca LMM, Camargo RAA, Oliveira GF, Felipe HR. Educational technology “Anatomy and Vital Signs”: Evaluation study of content, appearance and usability. International Journal of Medical Informatics. 2015; 84:982-7.

Holanda VR, Pinheiro AKB, Holanda ER, Santos MCL. Teaching and learning in a virtual environment: nursing students’ atitude. Rev Min Enferm. 2015; 19(1):148- 53.

Souza RS, Oliveira PP, Dias AAL, Simão DAS, Pelizari AEB, Figueiredo RM. Prevention of infections associated with peripheral catheters: construction and validation of clinical scenario. Rev Bras Enferm. 2020; 73(5):e20190390.

CAMPANATI, F. L. S. A simulação clínica como método de ensino na disciplina de Semiologia e Semiotécnica 2. 2019. p. 137. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

Matos MP, Fernandes DS, Viduedo AF, Ribeiro LM, Ponce de Leon CG, Schardosim JM. Assistência de enfermagem em situação de abortamento retido: cenário validado para simulação clínica. Enferm Foco. 2022;13:e-202236. DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202236.

Kaneko RMU, Lopes MHBM. Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design? Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03453. DOI: http:// dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018015703453

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. Educação Profissional: Legislação Básica. 5. ed., Brasília, 2001.

ESUFRN, Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Resolução Nº 009/2019-CONSUNI, de 03 de Abril de 2019. Aprova o Regimento Interno da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - ESUFRN - Unidade Acadêmica Especializada em Educação Profissional em Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

FREIRE, 1999 Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999

TABILE, Ariete Fröhlich e JACOMETO, Marisa Claudia Durante. Fatores influenciadores no processo de aprendizagem: um estudo de caso. Rev. psicopedag. [online]. 2017, vol.34, n.103 [citado 2023-07-27], pp. 75-86 . Disponívelem:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000100008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0103-8486.

ALBUQUERQUE, V.S. et al. Discipline curricula in the health area: an essay on knowledge and power. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.31, p.261-72, out./dez. 2009.

Melo MS, Lapa-Rodriguez EO, Bispo LDG, Andrade JS de, Barreiro M do SC, Resende LT de, Rodrigues IDCV. Construção e validação de simulação clínica

sobre testagem e aconselhamento para o hiv em gestantes. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022 [Acesso em “colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano”];

27. Disponível em: dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.80433.

Graminha, Poliana Monti Fonseca. Comunicação em saúde no aleitamento materno: desenvolvimento e validação de cenário para a Simulação Clínica na enfermagem. Ribeirão Preto, 2019. 96 p. : il. ; 30 cm

García-Barrera A. Evaluación de recursos tecnológicos didácticos mediante e- rúbricas. Revista de Educación a Distancia. 2016; 49(13):1-13

Teixeira E, Mota VMSS, organizadoras. Tecnologias educacionais em foco. São Paulo: Difusão; 2011.

Cogo AL, Lopes EF, Perdomini FR, Flores GL, Santos MR. Construção e desenvolvimento de cenários de simulação realística sobre a administração segura de medicamentos. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(Spe):e20180175

Martins JC. Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. Rev Enferm Ref. 2017;4(12):155-61

SEIXAS, C. A.; MENDES, I. A. C.; GODOY, S. & COSTA, A. L. Ambiente

Virtual de Aprendizagem: Estruturação de Roteiro para Curso On--line". Rev. Bras. Enferm., vol. 65, n. 4, pp. 660-666, 2012.

Mazzo, A., Martins, J. C. A., Baptista, R. C. N., Godoy, S., Coutinho, V. R. D., Seixas, C. A., Mendes, I. A. C., & Franzon, J. C. (2017). A Simulação e a Videoconferência no Ensino de Enfermagem. Revista De Graduação USP, 2(2), 55-63. https://doi.org/10.11606/issn.2525-376X.v2i2p55-63

Ferreira RP, Guedes HM, Oliveira DW, Miranda JL. Simulação realística como método de ensino no aprendizado de estudantes da área da saúde. Rev Enferm Cent Oeste Min. 2018;8:e2508

Escudero E, Avendaño Ben-Azul M, Domínguez Cancino K. Simulación clínica y seguridad del paciente: integración en el currículo de enfermería. Sci Med. 2018;28(1):ID28853. DOI: http://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.2885

Fonseca LMM, Aredes NDA, Leite AM, Santos CB, Lima RAG, Scochi CGS. Avaliação de uma tecnologia educacional para a avaliação clínica de recém- nascidos prematuros. Rev. LatinoAm. Enfermagem. 2013; 21(1):1-8

Jeffries PR. Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation. 2nd ed. New York: National League for Nursing; 2012.

Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Waxman KT. The development of evidence-based clinical simulation scenarios: guidelines for nurse educators. J Nurs Educ. 2010;49(1):29-35. doi: 10.3928/01484834-20090916-07

Benishek LE, Lazzara EH, Gaught WL, Arcaro LL, Okuda Y, Salas E. The Template of Events for Applied and Critical Healthcare Simulation (TEACH Sim): a tool for systematic simulation scenario design. Simul Healthc. 2015 Feb;10(1):21-

30. doi: 10.1097/SIH.0000000000000058. PMID: 25514586.

Jeffries PR, Rodgers B, Adamson K. NLN Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description. Nurs Educ Perspect. 2015 Sep-Oct;36(5):292-3. doi: 10.5480/1536-5026-36.5.292. PMID: 26521496.

INACSL Standards Committee (2016, December). INACSL standards of best practice: SimulationSM Simulation design. Clinical Simulation in Nursing, 12(S), S5-S12. http://dx.doi.org/10.1016/ j.ecns.2016.09.005.

Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. Heart Lung. 1987;16(6):625-9

Thiese MS. Observational and interventional study design types; an overview. Biochem Med (Zagreb). 2014;24(2):199-210. doi: 10.11613/BM.2014.022. Epub 2014 Jun 15. PMID: 24969913; PMCID: PMC4083571.

CÓDIGO: SB1403

AUTOR: THIAGO HENRIQUE LUCIANO DA SILVA

ORIENTADOR: ELIANE SANTOS CAVALCANTE

TÍTULO: CAPACIDADE FUNCIONAL E AUTONOMIA DE IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE TRADICIONAL QUILOMBOLA

Resumo

O envelhecimento populacional impõe desafios à saúde pública brasileira, especialmente em contextos de vulnerabilidade histórica e étnico-racial, como nas comunidades remanescentes de quilombos. Este artigo, desenvolvido no âmbito de um projeto de iniciação científica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), objetiva analisar a capacidade funcional, as condições clínicas e os aspectos de saúde mental de idosos residentes em uma comunidade quilombola de Poço Branco/RN. Trata-se de estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com cinco idosos, utilizando instrumentos multidimensionais de avaliação geriátrica: ficha sociodemográfica e de sinais vitais, SF-36, Índice de Barthel, Escala de Hamilton para Depressão (HAM-D), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de Depressão Geriátrica reduzida (GDS-15). Os resultados evidenciaram hipertensão arterial sistêmica em toda a amostra, grande heterogeneidade na capacidade funcional, variando de independência total a dependência grave, e maior presença de sintomas depressivos e ansiosos entre as mulheres. A idade cronológica isolada não se mostrou preditor linear do desempenho funcional ou emocional, reforçando a multidimensionalidade do envelhecimento. Conclui-se que, embora os achados não sejam generalizáveis devido ao reduzido tamanho amostral, reforçam a importância de políticas de saúde específicas e da ampliação de estudos sobre a saúde da pessoa idosa quilombola no Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: Idoso. Saúde de populações quilombolas. Capacidade funcional

TITLE: CAPACIDADE FUNCIONAL, SAÚDE MENTAL E CONDIÇÕES CLÍNICAS DE IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE TRADICIONAL QUILOMBOLA NO RIO GRANDE DO NORTE: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Abstract

Population aging poses growing challenges to Brazilian public health, particularly in contexts of historical and ethnic-racial vulnerability, such as quilombola communities. This article, developed within an undergraduate research project at the Federal University of Rio Grande do Norte (UFRN), aims to analyze the functional capacity,

clinical conditions, and mental health of older adults living in a traditional quilombola community in Poço Branco, Rio Grande do Norte. This exploratory-descriptive quantitative study included five older adults and used multidimensional geriatric assessment instruments: a sociodemographic and vital-signs form, SF-36, Barthel Index, Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Beck Anxiety Inventory (BAI), and short-form Geriatric Depression Scale (GDS-15). Results showed systemic arterial hypertension in all participants, marked heterogeneity in functional capacity, ranging from total independence to severe dependence, and a higher burden of depressive and anxiety symptoms among women. Chronological age alone was not a linear predictor of functional or emotional performance, supporting the multidimensional nature of aging. Although the findings cannot be generalized due to the small sample size, they reinforce the importance of targeted health policies and further research on the health of quilombola older adults in Rio Grande do Norte.

Keywords: Aged. Health of quilombola populations. Functional capacity.

Introdução

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos demográficos mais expressivos do século XXI, e o Brasil vivencia essa transição de forma acelerada, com projeções que apontam para cerca de 32 milhões de idosos em 2025, o equivalente a quase 15% da população total do país. Diante desse cenário, o Ministério da Saúde incluiu a saúde da pessoa idosa como item prioritário da agenda nacional, instituindo, por meio da Portaria n. 2.528/2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, voltada à garantia da atenção integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o envelhecimento não ocorre de maneira homogênea entre os diferentes grupos sociais. As comunidades remanescentes de quilombos, historicamente marginalizadas e invisibilizadas no espaço público, enfrentam desigualdades étnico-raciais que se somam às vulnerabilidades próprias da velhice. O racismo estrutural que atravessa a formação social brasileira segue impondo à população negra idosa piores condições de acesso a serviços de saúde, moradia, saneamento e renda, o que compromete diretamente seus indicadores de saúde e qualidade de vida (BATISTA; ROCHA, 2020). O Rio Grande do Norte possui 30 comunidades remanescentes de quilombos com certificações expedidas e atualizadas pela Fundação Cultural Palmares até a Portaria n. 36/2020, publicada no Diário Oficial da União em 21 de fevereiro de 2020. Dentre elas está a comunidade quilombola de Acauã, localizada no município de Poço Branco, cenário do presente estudo. Pesquisa anterior conduzida nessa mesma comunidade, por parte do grupo de pesquisa ao qual este projeto está vinculado, identificou expressiva prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre os idosos quilombolas, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, o que reforça a necessidade de monitoramento contínuo das condições de saúde dessa população (CAVALCANTE et al., 2023). Nesse contexto, a avaliação da capacidade funcional assume papel central na gerontologia contemporânea, por constituir-se em indicador sensível do estado de saúde e da autonomia do idoso, para além das abordagens estritamente biológicas do envelhecimento. Estudos com idosos quilombolas de outras regiões do país têm evidenciado tanto situações de preservação funcional relevante quanto de dependência acentuada, associadas não apenas à idade cronológica, mas a um conjunto multifatorial de determinantes sociais, clínicos e psicológicos (SILVA et al., 2020; RODRIGUES; NERI, 2012). Some-se a isso a lacuna de investigações voltadas à saúde mental dessa

população: sintomas depressivos e ansiosos em idosos quilombolas permanecem pouco explorados na literatura nacional, ainda que revisões sistemáticas recentes apontem sua relevância e sua associação a fatores como multimorbidade, viuvez, baixa escolaridade e desigualdades de gênero (BATISTA; ROCHA, 2020). Diante do exposto, o presente artigo se justifica pela necessidade de ampliar a compreensão sobre as condições de saúde de idosos residentes em comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte, subsidiando reflexões para o planejamento de ações de cuidado integral e culturalmente sensíveis no âmbito da atenção primária à saúde.

Metodologia

Trata-se de um recorte exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, inserido em estudo longitudinal de risco do tipo coorte concorrente mais amplo, vinculado ao projeto de pesquisa “Estudo das condições de saúde de idosos residentes em comunidade tradicional quilombola” (Edital n. 02/2025 – Iniciação Científica, PIBIC 2025-2026), da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O cenário do estudo foi uma comunidade tradicional quilombola do município de Poço Branco, Rio Grande do Norte, certificada pela Fundação Cultural Palmares por meio da Portaria n. 36/2020. A coleta de dados ocorreu em 11 de abril de 2026, por meio de entrevista domiciliar estruturada, conduzida por bolsistas de iniciação científica previamente treinados e calibrados, sob supervisão da orientadora do projeto. A amostra foi não probabilística, do tipo conveniência, constituída por cinco idosos (60 anos ou mais) residentes na comunidade, cognitivamente aptos a responder à entrevista sem auxílio, conforme critério estabelecido no protocolo original do projeto de pesquisa. Para a análise e apresentação dos dados neste artigo, os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos (P1 a P5), preservando-se o anonimato, em conformidade com os princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos. Foram aplicados seis instrumentos de avaliação geriátrica multidimensional: (i) ficha de identificação, sinais vitais e características sociodemográficas; (ii) questionário de qualidade de vida SF-36, na versão traduzida e validada para o Brasil por Ciconelli et al. (1999); (iii) Índice de Barthel, para avaliação da capacidade funcional para atividades básicas de vida diária, validado no Brasil por Minosso et al. (2010) a partir da proposta original de Mahoney e Barthel (1965); (iv) Escala de Hamilton para Depressão, versão de 21 itens (HAM-D), desenvolvida por Hamilton (1960); (v) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), na adaptação brasileira de Cunha (2001); e (vi) Escala de Depressão Geriátrica reduzida (GDS-15), validada para a população brasileira por Almeida e Almeida (1999) a partir da proposta original de Yesavage et al. (1983). Os dados foram organizados em planilha eletrônica e submetidos a estatística descritiva (médias, desvio-padrão, valores mínimo e máximo), com estratificação por sexo, e a coeficientes de correlação de Pearson entre a idade e os escores clínicos, de caráter meramente exploratório. Em razão do tamanho amostral reduzido (n = 5), tais coeficientes não permitem inferência estatística populacional, devendo ser interpretados como tendências descritivas da amostra estudada, e não como evidência generalizável — limitação assumida e discutida na seção de resultados. O projeto de pesquisa que originou esta coleta foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em atendimento à Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes (ou seus responsáveis legais, quando aplicável) foram informados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta de dados.

Resultados e Discussões

Perfil sociodemográfico e clínico A amostra foi composta por cinco idosos, com idades entre 67 e 100 anos (média de 80 anos), sendo três homens e duas mulheres. Predominaram baixa escolaridade — quatro participantes analfabetos e um alfabetizado —, estado civil viúvo em toda a amostra e número expressivo de filhos (entre 5 e 26 por participante). Quanto às condições clínicas, a totalidade dos idosos apresentou hipertensão arterial sistêmica referida, sendo que uma participante (P1) apresentava também diabetes mellitus associado, com valor de glicemia capilar de 249 mg/dL no momento da avaliação, compatível com hiperglicemia importante. Dois participantes (P1 e P3) apresentaram arritmia discreta identificada no exame. Esse perfil clínico é convergente com o encontrado por Cavalcante et al. (2023) na mesma comunidade quilombola de Acauã, em que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus figuraram entre as comorbidades de maior prevalência entre os idosos, e também com o estudo de Santos et al. (2019) sobre a alta prevalência de hipertensão em comunidades quilombolas de Sergipe, reforçando o padrão epidemiológico de doenças cardiovasculares crônicas nessa população em diferentes regiões do país. 5.2 Capacidade funcional, sintomas depressivos e ansiosos A Tabela 2 apresenta a síntese dos escores de capacidade funcional (Índice de Barthel) e de saúde mental (HAM-D, BAI e GDS-15) obtidos por cada participante. Tabela 2 – Perfil comparativo de capacidade funcional e saúde mental dos idosos participantes Código Idade Sexo Índice de Barthel HAM-D BAI GDS-15 P1 72 F 79 (dependência moderada) 26,0 (muito grave) 31,0 (grave) 10 (indicativo) P2 100 F 81 (dependência moderada) 9,5 (leve) 17,0 (moderada) 6 (indicativo) P3 85 M 80 (dependência moderada) 15,5 (moderada) 13,0 (leve) 6 (indicativo) P4 67 M 100 (independente) 2,0 (sem depressão) 3,0 (mínima) 4 (sem indicativo) P5 76 M 48 (dependência grave) 10,0 (leve) 8,0 (leve) 3 (sem indicativo) Fonte: dados da pesquisa (2026). A capacidade funcional, avaliada pelo Índice de Barthel, apresentou média de 77,6 pontos, compatível com dependência moderada no conjunto da amostra. Observou-se, contudo, acentuada heterogeneidade: o participante mais jovem (P4, 67 anos) atingiu independência total (100 pontos), enquanto o participante P5 (76 anos) apresentou o menor escore da amostra (48 pontos, dependência grave), sem ser o mais idoso do grupo. Esse achado é relevante porque contraria a expectativa de associação linear e estrita entre idade cronológica e dependência funcional, fenômeno também discutido por Rodrigues e Neri (2012) no contexto do estudo FIBRA, segundo o qual a vulnerabilidade do idoso resulta de fatores sociais, individuais e programáticos que interagem entre si, e não apenas da idade isolada. De modo semelhante, Silva et al. (2020), ao avaliarem idosos quilombolas da comunidade do Curiaú (Amapá), identificaram predomínio de independência funcional e associação significativa entre funcionalidade preservada e melhores indicadores de bem-estar, reforçando que a preservação da capacidade funcional — e não apenas a longevidade em si — deve ser compreendida como indicador central de saúde na velhice. Chama a atenção, ainda, o caso da participante P2, com 100 anos de idade, que apresentou dependência apenas moderada (81 pontos), resultado compatível com o conceito de “envelhecimento bem-sucedido” descrito na literatura gerontológica para uma parcela de idosos longevos que preservam funcionalidade relevante mesmo em idade muito avançada. Quanto aos sintomas de saúde mental, os escores de HAM-D, BAI e GDS-15 evidenciaram maior sofrimento psíquico entre as mulheres da amostra. A participante P1 apresentou os maiores escores em todos os três instrumentos (HAM-

D = 26,0, depressão muito grave; BAI = 31,0, ansiedade grave; GDS-15 = 10, indicativo de depressão), formando um quadro compatível com sofrimento psíquico acentuado, possivelmente relacionado à coexistência de múltiplas comorbidades crônicas (hipertensão associada a diabetes) e ao maior número de filhos sob responsabilidade informal — hipótese que carece de confirmação em amostras maiores, dado o desenho transversal e exploratório deste estudo. Em sentido semelhante, o participante P4, mais jovem e funcionalmente independente, apresentou os menores escores em ambas as escalas de depressão (HAM-D = 2,0; GDS-15 = 4), o que sugere convergência entre preservação funcional e menor sintomatologia depressiva nesta amostra. A maior carga de sintomas depressivos e ansiosos entre as mulheres idosas observada neste estudo é consistente com a revisão sistemática de Batista e Rocha (2020) sobre saúde mental em comunidades quilombolas brasileiras, que aponta a intersecção entre racismo estrutural, desigualdades de gênero e vulnerabilidade socioeconômica como fatores associados a maior sofrimento psíquico entre mulheres negras idosas. Tal achado reforça a importância de uma escuta em saúde atenta às particularidades étnico-raciais e de gênero no cuidado à pessoa idosa quilombola. 5.3 Medidas descritivas e correlação exploratória com a idade A Tabela 3 sintetiza as medidas descritivas gerais e estratificadas por sexo. Os coeficientes de correlação de Pearson entre idade e os escores clínicos foram baixos e não significativos (Barthel: r = -0,107; HAM-D: r = -0,014; BAI: r = 0,155; GDS-15: r = 0,043), confirmando, de forma descritiva, que a idade cronológica isolada não constitui preditor relevante do desempenho funcional ou emocional nesta amostra — achado que deve ser interpretado com cautela, em razão do número reduzido de participantes (n = 5), mas que dialoga com a perspectiva multidimensional do envelhecimento defendida por Rodrigues e Neri (2012). Tabela 3 – Medidas descritivas gerais e por sexo dos escores avaliados Medida Idade Barthel HAM-D BAI GDS-15 Média geral (n=5) 80,0 77,6 12,6 14,4 5,8 Desvio-padrão 13,0 18,7 8,9 10,7 2,7 Mínimo 67 48 2,0 3,0 3 Máximo 100 100 26,0 31,0 10 Média — mulheres (n=2) 86,0 80,0 17,8 24,0 8,0 Média — homens (n=3) 76,0 76,0 9,2 8,0 4,3 Fonte: dados da pesquisa (2026). 5.4 Limitações do estudo Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos achados: o tamanho amostral reduzido (n = 5), decorrente da fase inicial de um estudo longitudinal mais amplo, impede qualquer generalização estatística, restringindo os resultados a um caráter descritivo e hipotético-gerador; o delineamento transversal não permite avaliar a evolução temporal das condições de saúde, o que será possibilitado pela reavaliação prevista para o período de um ano no desenho da coorte concorrente; o SF-36 não pôde ser pontuado pelo algoritmo oficial de domínios (0 a 100) a partir dos itens brutos disponíveis, tendo sido utilizados apenas somatórios relativos para comparação entre os participantes; e a ausência de legenda textual para os códigos numéricos de doenças e síndromes geriátricas do instrumento de coleta limitou o aprofundamento da análise das condições de saúde autorreferidas.

Conclusão

O presente estudo permitiu caracterizar, de forma exploratória, a capacidade funcional, as condições clínicas e os aspectos de saúde mental de idosos residentes em uma comunidade tradicional quilombola do Rio Grande do Norte. Os achados evidenciaram elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em toda a amostra, heterogeneidade acentuada na capacidade funcional — sem relação linear com a idade cronológica — e maior carga de sintomas depressivos e ansiosos entre as mulheres

idosas, padrão consistente com a literatura nacional sobre saúde de populações quilombolas. Tais resultados, embora não generalizáveis em razão do tamanho amostral reduzido, reforçam a necessidade de políticas públicas de saúde que considerem as especificidades étnico-raciais, territoriais e de gênero das comunidades quilombolas, bem como a ampliação de estudos longitudinais capazes de acompanhar a evolução das condições de saúde dessa população ao longo do tempo — etapa já prevista na continuidade do projeto de pesquisa que originou este artigo. Espera-se que os achados aqui apresentados possam subsidiar profissionais de saúde e gestores na construção de estratégias de cuidado integral, culturalmente sensíveis e equitativas para a pessoa idosa quilombola, contribuindo, ainda, para a produção de conhecimento a ser compartilhada com a própria comunidade estudada, em consonância com os princípios éticos que orientaram esta pesquisa.

Referências

REFERÊNCIAS ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS), versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999. BATISTA, Eraldo Carlos; ROCHA, Katia Bones. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Interações – Revista Internacional de Desenvolvimento Local, Campo Grande, v. 21, n. 1, p. 35-50, fev. 2020. BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Washington, DC, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006. CAVALCANTE, Eliane Santos et al. Ações de saúde à população idosa remanescente de quilombo com doenças crônicas não transmissíveis. Contribuciones a las Ciencias Sociales, v. 16, n. 10, p. 22400-22416, 2023. CICONELLI, Rozana Mesquita et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, maio/jun. 1999. CORREIA, Iasmim Batista; OLINDA, Ricardo Alves de; MENEZES, Tarciana Nobre de et al. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos de uma comunidade quilombola da Paraíba. Revista Brasileira de Estudos de População, Rio de Janeiro, v. 39, 2022. CUNHA, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. Portaria n. 36, de 21 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2020. HAMILTON, M. A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, London, v. 23, n. 1, p. 56-62, 1960. LINO, Valéria Teresa Saraiva et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008. MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal, Baltimore, v. 14, p. 61-65, 1965. MINOSSO, Jéssica Sponton Moura et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010. PAIXÃO JÚNIOR, Carlos Maurício; REICHENHEIM, Michael Eduardo. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2005. RODRIGUES, Nara de Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do

estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012. SANTOS, D. et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em comunidades quilombolas do estado de Sergipe, Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 113, n. 3, p. 383-390, 2019. SILVA, Valéria Raissa Oliveira da et al. Capacidade funcional e esperança de vida em idosos quilombolas. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 73, supl. 3, e20190353, 2020. YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of Psychiatric Research, Oxford, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.