

Patricio Francisco da Silva  
(Orgs.)

# PRÁTICAS INOVADORAS EM ENFERMAGEM

## CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO



científica digital



## EDITORA CIENTÍFICA DIGITAL LTDA

Guarujá - São Paulo - Brasil  
www.cientificadigital.org - contato@cientificadigital.org

|                           |                                                 |
|---------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Diagramação e Arte</b> | <b>Edição © 2025 Editora Científica Digital</b> |
| Equipe Editorial          | Texto © 2025 Os Autores                         |
| <b>Imagens da Capa</b>    | <b>1ª Edição - 2025</b>                         |
| Adobe Stock - 2025        | Acesso Livre - Open Access                      |

© COPYRIGHT - TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. A editora detém os direitos autorais sobre a edição e o projeto gráfico, enquanto os autores mantêm os direitos autorais de seus respectivos textos. Esta obra está licenciada sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, permitindo o download e compartilhamento integral ou parcial, desde que a fonte seja devidamente citada e os créditos atribuídos aos autores. É obrigatório que a obra permaneça em formato de Acesso Livre (Open Access), sem qualquer alteração. A catalogação em plataformas de acesso restrito ou com fins comerciais é estritamente proibida.



### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P912

Práticas inovadoras em enfermagem: cuidado integral e humanizado / Organização de Patricio Francisco da Silva. – Guarujá-SP: Científica Digital, 2025.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui Bibliografia

ISBN 978-65-5360-983-9

DOI 10.37885/978-65-5360-983-9

1. Enfermagem. I. Silva, Patricio Francisco da (Organizador). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Janaína Ramos – CRB-8/9166

Índice para catálogo sistemático:

I. Enfermagem

**E-BOOK**

ACESSO LIVRE ON LINE - IMPRESSÃO PROIBIDA

**2025**

Patrício Francisco da Silva  
(Org.)

# **Práticas Inovadoras em Enfermagem: Cuidado Integral e Humanizado**

1ª EDIÇÃO



científica digital

**2025 - GUARUJÁ - SP**

# CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. André Cutrim Carvalho  
Prof. Dr. Antônio Marcos Mota Miranda  
Prof<sup>a</sup>. Ma. Auristela Correa Castro  
Prof. Dr. Carlos Alberto Martins Cordeiro  
Prof. Dr. Carlos Alexandre Oelke  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Caroline Nóbrega de Almeida  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Clara Mockdece Neves  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Claudia Maria Rinhel-Silva  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Clecia Simone Gonçalves Rosa Pacheco  
Prof. Dr. Cristiano Marins  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Cristina Berger Fadel  
Prof. Dr. Daniel Luciano Gevehr  
Prof. Dr. Diogo da Silva Cardoso  
Prof. Dr. Ernane Rosa Martins  
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes  
Prof. Dr. Fabricio Gomes Gonçalves  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Fernanda Rezende  
Prof. Dr. Flávio Aparecido de Almeida  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Francine Náthalie Ferraresi Queluz  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes  
Prof. Dr. Humberto Costa

Prof. Dr. Joachin Melo Azevedo Neto  
Prof. Dr. Jónata Ferreira de Moura  
Prof. Dr. José Aderval Aragão  
Prof. Me. Julianno Pizzano Ayoub  
Prof. Dr. Leonardo Augusto Couto Finelli  
Prof. Dr. Luiz Gonzaga Lapa Junior  
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Cristina Zago  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Otília Zangão  
Prof. Dr. Mário Henrique Gomes  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes  
Prof. Dr. Nelson J. Almeida  
Prof. Dr. Pedro Afonso Cortez  
Prof. Dr. Reinaldo Pacheco dos Santos  
Prof. Dr. Rogério de Melo Grillo  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosenery Pimentel Nascimento  
Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin  
Prof. Me. Silvio Almeida Junior  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Thays Zigante Furlan Ribeiro  
Prof. Dr. Wescley Viana Evangelista  
Prof. Dr. Willian Carboni Viana  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme

Acesse a lista completa dos Membros do Conselho Editorial em [www.editoracientifica.com.br/conselho](http://www.editoracientifica.com.br/conselho)

## Parecer e revisão por pares

Os textos que compõem esta obra passaram por avaliação do Conselho Editorial e revisão por pares externos (*Peer Review*), recebendo a devida recomendação para publicação.

**Nota:** Esta obra é fruto de um processo colaborativo, configurando-se como uma coletânea na qual os direitos autorais permanecem resguardados para os respectivos autores. Alguns capítulos podem ter origem em trabalhos anteriormente apresentados em eventos acadêmicos; no entanto, os autores foram orientados a adotar o devido rigor na prevenção do autoplágio. A responsabilidade pelo conteúdo de cada capítulo, assim como pela originalidade e integridade das informações publicadas, é inteiramente dos respectivos autores e autoras. O conteúdo da obra não reflete, necessariamente, a opinião da editora, dos organizadores ou dos membros do conselho editorial.

# APRESENTAÇÃO

Esta obra é fruto de um esforço colaborativo que reuniu professores, estudantes e pesquisadores cujo envolvimento enriqueceu significativamente as discussões neste espaço formativo. Além disso, resulta de iniciativas interinstitucionais e ações voltadas ao incentivo à pesquisa, congregando especialistas de diversas áreas do conhecimento, vinculados a Instituições de Educação Superior, públicas e privadas, em âmbito nacional e internacional.

Seu principal objetivo é fortalecer a integração entre instituições, tanto no Brasil quanto no exterior, por meio de redes de pesquisa comprometidas com a formação continuada de profissionais da educação. Para isso, busca-se a produção e a ampla disseminação do conhecimento em distintas áreas do saber.

Expressamos nossa profunda gratidão aos autores pelo empenho, comprometimento e dedicação na concepção e finalização desta obra. Esperamos que ela se consolide como um recurso didático-pedagógico valioso, atendendo às necessidades de estudantes, docentes de todos os níveis de ensino e demais interessados na temática.

**Patrício Francisco da Silva**

# SUMÁRIO

## Capítulo 01

### **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA AUDITORIA EXTERNA**

Natália Coutinho de Lima Gusmão Lacerda

 10.37885/250519364 ..... 8

## Capítulo 02

### **GESTÃO DO COMPORTAMENTO AGRESSIVO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA GERAL - PRÁTICA ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL**

Pedro Ferreira Pires; Carlos Laranjeira

 10.37885/250419257 ..... 19

## Capítulo 03

### **HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO: PRÁTICAS QUE VALORIZAM A DIGNIDADE, EMPATIA E COMUNICAÇÃO NO CUIDADO EM DIFERENTES CONTEXTOS DE SAÚDE**

Pâmela Silva da Rocha; Kamila de Souza Neves; Simara Nunes de Souza; Taciana Nunes de Deus; Faustine Cardoso Ricardo; Lucas Domingues Fidelix; Gustavo Silva da Rocha; Rafaela Teloken

 10.37885/250519374 ..... 38

## Capítulo 04

### **MANEJO DAS CRISES EPILÉPTICAS E CONVULSIVAS NA INFÂNCIA: UMA SÍNTESE ATUALIZADA DE EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E ORGANIZACIONAIS**

Kaliny Mendes Hirai

 10.37885/250619485 ..... 48

## Capítulo 05

### **O IMPACTO EMOCIONAL DO AVC NO ADULTO JOVEM - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Filipa Bancaleiro Fachadas; Rogério Manuel Ferrinho Ferreira; Ana Filipa de Sousa Valente

 10.37885/250619473 ..... 58

Capítulo 06

**PROMOVENDO A SAÚDE NA TERCEIRA IDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA OPERADORA DE SAÚDE**

Marina Bavaresco; Thatiane Bárbara de Barros; Francini Castilha do Nascimento; Yasmin Ribeiro Fracaroli; Tiago Marques dos Reis; Isabelle Cristinne Pinto Costa

 10.37885/250519422 ..... 74

Capítulo 07

**TELEMEDICINA E INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO DIAGNÓSTICO CLÍNICO: O FUTURO DA DECISÃO MÉDICA**

Thaís Miranda Kaminice; Graziela Gonzaga Santana; Gabriella Rodrigues de Oliveira; Diogo Mariano Hildefonso

 10.37885/250619479 ..... 86

**SOBRE O ORGANIZADOR** ..... 97

**ÍNDICE REMISSIVO** ..... 98

## **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA AUDITORIA EXTERNA**

Natália Coutinho de Lima Gusmão Lacerda

# RESUMO

A prática de auditoria de enfermagem vem tomando novas dimensões ao longo dos anos, onde esta prática mostra a importância para o processo de auditoria na enfermagem, em qualquer área de atuação. A Auditoria de Enfermagem pode ser realizada em: Hospitais, Clínicas, Ambulatórios, *Home care* e Operadoras de Planos de Saúde. Tendo em vista a complexidade das atividades atribuídas ao enfermeiro no âmbito hospitalar, inclusive no que se refere à auditoria, sentiu-se a necessidade de compreender o papel do enfermeiro no referido setor. Mediante a realização de uma pesquisa descritiva, objetivou-se caracterizar o papel desses profissionais na auditoria externa.

**Palavras-chave:** enfermagem; auditoria externa; qualidade dos serviços de enfermagem.

## INTRODUÇÃO

Segundo Riolino (2013) a auditoria tem origem na área contábil, aproximadamente no ano 2600 ac. Porém, é a partir do século XII que esta técnica passa a receber a denominação de auditoria nas empresas da Inglaterra, fixando-se no século XVIII, com a Revolução Industrial, sendo aplicados até hoje (MOTTA, 2010).

A partir do ano 1976 surgiram as mudanças. As Contas Hospitalares passaram a ser nomeadas GIH (Guia de Internação Hospitalar), as atividades da auditoria em enfermagem incorporaram-se à rotina das instituições de saúde, com a intenção de avaliar e proporcionar assistência com qualidade ao paciente e o controle formal de processos internos e o parecer técnico com as contas hospitalares. (Sistema Nacional de Auditoria).

No Brasil, a auditoria médica e de enfermagem surgiu de modo incipiente na década de setenta. Desde então, tem-se ampliado a prática da auditoria em saúde, com uma progressiva absorção da mão-de-obra de enfermeiras. Em 2001 as atividades desenvolvidas pela enfermeira auditora foram aprovadas pelo Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução n. 266/01 (PINTO; MELO, 2010).

Nassar e Porto (2010) entendem que:

A prática de auditoria, em geral, tem desempenhado um importante papel para as instituições hospitalares, especialmente, no âmbito financeiro-comercial, avaliando consumos e cobranças realizadas pela instituição, seja por meio da auditoria interna ou externa.

A auditoria é um ramo da contabilidade e atualmente a sua utilização está presente em uma variedade de profissões, como na área da saúde e, especificadamente no ramo da enfermagem, tem-se notado o seu crescimento e uma extrema necessidade das instituições de saúde para com esses profissionais, somando o profissional enfermeiro auditor que realiza a auditoria dos processos de enfermagem, e o profissional médico auditor que audita os processos médicos. (DIAS *et al.*, 2011, p. 932).

A auditoria hospitalar surgiu com o objetivo de avaliar a eficácia e a efetividade dos processos nas diversas áreas de um determinado hospital, averiguar os serviços disponibilizados realizando o controle da sua qualidade e o cumprimento das normas e leis estabelecidas. (SOUZA; DYNIEWICZ; KALINOWSKI, 2010, p. 73).

A auditoria na saúde é uma forma de controlar e informar à gestão administrativa hospitalar sobre a eficiência, a eficácia e as falhas cometidas nos processos operacionais, tendo como objetivo apontar sugestões e soluções para os empecilhos surgidos. A finalidade educacional tem como visar melhorias na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e registrados.

Scarparo e Ferraz (2008) citam que o Art. 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem dispõe como Responsabilidade e Dever do Enfermeiro: registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

O prontuário do paciente a cada dia vem se firmando legalmente como ferramenta importante na avaliação da qualidade da assistência prestada aos clientes no hospital fornecendo informações vitais para processos judiciais e convênios de saúde.

As anotações de enfermagem têm valor como fonte de investigação, instrumento de educação e documento legal. Desta forma, os registros podem servir como um dos meios para avaliação da assistência de enfermagem prestada ao paciente, bem como da qualidade das anotações elaboradas pela equipe de enfermagem (SETZ; D.INNOCENZO, 2009).

Tendo em vista a complexidade das atividades atribuídas ao enfermeiro no âmbito hospitalar, inclusive no que se refere à auditoria, sentiu-se a necessidade de compreender o papel do enfermeiro no referido setor. Mediante a realização de uma pesquisa descritiva, objetivou-se caracterizar o papel desses profissionais na auditoria externa.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **CONCEITO DE AUDITORIA**

De acordo com DIAS (2011), a auditoria de enfermagem vem atender às necessidades das instituições de saúde no controle dos fatores geradores de processos de alto custo no âmbito hospitalar, onde a enfermagem dispõe atenção aos custos envolvidos no processo de examinar, mensurar e avaliar com confronto com padrões preestabelecidos, por meio de revisões das anotações de enfermagem que constam no Prontuário”.

A auditoria em enfermagem representa a função de controle do processo administrativo, verificando se os resultados da assistência estão de acordo com os objetivos. No entanto, há autores que a definem como a avaliação sistemática da qualidade de enfermagem prestada ao cliente pela análise dos prontuários, garantindo justa cobrança e pagamento adequado (SCARPARO; FERRAZ, 2008).

Existem dois tipos de auditoria: a retrospectiva e a operacional ou recorrente. A auditoria retrospectiva é feita após a alta do paciente e utiliza o prontuário para avaliação. A auditoria operacional ou recorrente é feita enquanto o paciente está hospitalizado ou em atendimento ambulatorial (SETZ; D.INNOCENZO, 2009).

## **CONCEITO DE AUDITORIA EXTERNA**

A auditoria externa é o conjunto de ações utilizadas na avaliação e fiscalização dos prestadores de serviços de saúde e na conferência de contas relativas aos procedimentos executados, do atendimento ao gasto, do custo à qualidade a ser alcançada.

O trabalho dos enfermeiros na auditoria externa é condicionado pelos acordos contratuais entre o convênio de saúde e o hospital credenciado. Isto é identificado como um limite importante à autonomia de suas ações e um obstáculo ao desenvolvimento de uma prática voltada para a qualidade da assistência. Isto porque existem situações em que o previsto no contrato, se seguido, pode diminuir ou prejudicar a qualidade do atendimento aos usuários e, no entanto, elas são orientadas a sempre seguir o contrato (PINTO; MELO, 2010).

## **FUNÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO ENFERMEIRO AUDITOR NO TRABALHO**

A prática de auditoria de enfermagem vem tomando novas dimensões ao longo dos anos, onde esta prática mostra a importância para o processo de auditoria na enfermagem, em qualquer área de atuação. A Auditoria de Enfermagem pode ser realizada em: Hospitais, Clínicas, Ambulatórios, *Home care* e Operadoras de Planos de Saúde.

O enfermeiro auditor terá como base de seus trabalhos algumas funções e comportamentos essenciais, os quais são fundamentais ao satisfatório

desenvolvimento de suas atividades, regulamentadas pela RESOLUÇÃO-COFEN Nº 266/2001 (ANEXO A).

O enfermeiro auditor é responsável por unidades de atendimento que são grandes geradoras de custos, portanto tem que identificar as falhas assistenciais e administrativas que geram desperdícios e gastos desnecessários.

De acordo com os objetivos da instituição na qual está inserido, o enfermeiro auditor que desempenha seu trabalho, pode participar de grandes e importantes negociações, pela análise e pré-análise das contas médico-hospitalares, discutindo e trabalhando em conjunto com os demais enfermeiros da equipe para dar um feedback ao grupo assistencial por meio de relatórios, reuniões e orientações sobre as não-conformidades detectadas, indicando a necessidade de melhoria.

Visto que a auditoria tem como roteiro para o desenvolvimento de suas atividades o prontuário dos pacientes, o enfermeiro auditor deve realizar uma análise detalhada do referido documento, observando critérios cruciais como:

- História clínica (queixa e duração), antecedentes pessoais e familiares, exames clínicos, exames complementares indicados e prescrição terapêutica; controles de enfermagem e anotações sequenciais, tipo de dieta, via a ser utilizada (oral e/ou injetável) e controles dos parâmetros clínicos (PA, temperatura, frequência cardíaca, etc.); registro diário da evolução e prescrição médica com o respectivo carimbo e assinatura; registro diário (sistematização da assistência de enfermagem) devidamente assinado e carimbado; relatórios do anestesista e do cirurgião nos casos cirúrgicos; fornecer subsídios e participar de treinamento do pessoal de enfermagem e de outras áreas, quando for solicitado; analisar contas e glosas em situações: análise, pré-análise, pós-análise e recursos de glosa.
- Estudar e sugerir reestruturação das tabelas utilizadas, quando for necessário; acompanhar a variação dos preços atribuídos a materiais, medicamentos e procedimentos; fazer relatórios pertinentes: glosas negociadas, aceitas ou não, atendimento feitos, dificuldades encontradas e áreas suscetíveis a falha e sugestões; manter-se atualizado com as técnicas de enfermagem, com os serviços e recursos oferecidos pelo hospital, colocando-se a par (inclusive) de preços, gastos e custos alcançados; Utilizar, quando for possível, os dados coletados para aperfeiçoar o serviço de auditoria: saber apontar custos de cada setor, locais onde pode ser feita a redução nos gastos, perfil dos profissionais e dados estatísticos.

Para que a auditoria possa ser considerada eficiente e eficaz, é necessário um sistema de educação e aperfeiçoamento contínuo das pessoas que atendem os pacientes, para que esses profissionais se preocupem com a qualidade, segurança e humanidade nas prestações de saúde, tratando de alcançar, por intermédio desse processo de ensino e aprendizagem, motivação e participação. A auditoria, também, deve constituir uma instância de mediação, conciliação e solução de conflitos, os quais possam surgir nas relações entre as, instituições, profissionais, pacientes e/ou parentes, além de ser um sistema de caráter preventivo do erro profissional e reparador deste, sem cunho de ordem penal (MEDEIROS; ANDRADE, 2007).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo mostrou que a auditoria de enfermagem, ainda, é um campo desafiador para os enfermeiros, pois se trata de uma área em expansão, onde o profissional deve estar em constante evolução e aprimoramento, distinguindo entre as práticas de enfermagem e a administração aplicada a Enfermagem, oferecendo assim uma qualidade de assistência por um custo real.

Vale ressaltar a importância da equipe de enfermagem na construção de uma assistência adequada ao paciente, realizando anotações pertinentes sempre que necessário no prontuário fornecendo registros vitais para processos judiciais e de convênios de saúde, dando embasamento a uma auditoria de qualidade.

A auditoria não deve ser entendida como uma forma punitiva, mais sim um processo educativo, fornecendo subsídios para implantação e gerenciamento de uma assistência de enfermagem, visto que o cuidado ao paciente é o fio condutor da profissão da enfermagem.

Com isso, o enfermeiro auditor que encontrar uma fatura em que, segundo a sua opinião, o gasto com materiais e medicamentos está alto, ele deve fazer uma visita à instituição, e procurar conhecer as técnicas e rotinas de enfermagem que ali estão executadas pela equipe. Para saber o grau de formação dos profissionais de enfermagem, quais os protocolos existentes, número de profissionais de enfermagem envolvidos diretamente com o cuidado do paciente.

## **ANEXO A: RESOLUÇÃO COFEN Nº 266/2001**

### **RESOLUÇÃO COFEN Nº 266/2001**

*O presente anexo, da RESOLUÇÃO-COFEN Nº 266/2001, dispõe sobre as atividades do Enfermeiro Auditor, capituladas em 09 (nove) partes.*

I- É da competência privativa do Enfermeiro Auditor no Exercício de suas atividades: Organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de Auditoria de Enfermagem.

II- Quanto integrante de equipe de Auditoria em Saúde:

- a) Atuar no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) Atuar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) Atuar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;
- d) Atuar na construção de programas e atividades que visem à assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- e) Atuar na elaboração de programas e atividades da educação sanitária, visando a melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- f) Atuar na elaboração de Contratos e Adendos que dizem respeito à assistência de Enfermagem e de competência do mesmo;
- g) Atuar em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimentos de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico de Enfermagem, em especial Enfermeiro Auditor, bem como de provas e títulos de especialização em Auditoria de Enfermagem, devendo possuir o título de Especialização em Auditoria de Enfermagem;
- h) Atuar em todas as atividades de competência do Enfermeiro e Enfermeiro Auditor, de conformidade com o previsto nas Leis do Exercício da Enfermagem e Legislação pertinente;
- i) O Enfermeiro Auditor deverá estar regularmente inscrito no COREN da jurisdição onde presta serviço, bem como ter seu título registrado, conforme dispõe a Resolução COFEN Nº 261/2001;

- j) O Enfermeiro Auditor, quando da constituição de Empresa Prestadora de Serviço de Auditoria e afins, deverá registrá-la no COREN da jurisdição onde se estabelece e se identificar no COREN da jurisdição fora do seu Foro de origem, quando na prestação de serviço;
- k) O Enfermeiro Auditor, em sua função, deverá identificar-se fazendo constar o número de registro no COREN sem, contudo, interferir nos registros do prontuário do paciente;
- l) O Enfermeiro Auditor, segundo a autonomia legal conferida pela Lei e Decretos que tratam do Exercício Profissional de Enfermagem, para exercer sua função não depende da presença de outro profissional;
- m) O Enfermeiro Auditor tem autonomia em exercer suas atividades sem depender de prévia autorização por parte de outro membro auditor, Enfermeiro, ou multiprofissional;
- n) O Enfermeiro Auditor para desempenhar corretamente seu papel, tem o direito de acessar os contratos e adendos pertinentes à Instituição a ser auditada;
- o) O Enfermeiro Auditor, para executar suas funções de Auditoria, tem o direito de acesso ao prontuário do paciente e toda documentação que se fizer necessário;
- p) O Enfermeiro Auditor, no cumprimento de sua função, tem o direito de visitar/entrevistar o paciente, com o objetivo de constatar a satisfação do mesmo com o serviço de Enfermagem prestado, bem como a qualidade. Se necessário acompanhar os procedimentos prestados no sentido de dirimir quaisquer dúvidas que possam interferir no seu relatório.

III- Considerando a interface do serviço de Enfermagem com os diversos serviços, fica livre a conferência da qualidade dos mesmos no sentido de coibir o prejuízo relativo à assistência de Enfermagem, devendo o Enfermeiro Auditor registrar em relatório tal fato e sinalizar aos seus pares auditores, pertinentes à área específica, descaracterizando sua omissão.

IV- O Enfermeiro Auditor, no exercício de sua função, tem o direito de solicitar esclarecimento sobre fato que interfira na clareza e objetividade dos registros, com fim de se coibir interpretação equivocada que possa gerar glosas/desconformidades, infundadas.

V- O Enfermeiro, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal. Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do cliente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário do paciente, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução de auditoria.

VI- O Enfermeiro Auditor, quando no exercício de suas funções, deve ter visão holística, como qualidade de gestão, qualidade de assistência e quântico-econômico-financeiro, tendo sempre em vista o bem estar do ser humano enquanto paciente/cliente.

VII- Sob o Prisma Ético.

- a) O Enfermeiro Auditor, no exercício de sua função, deve fazê-lo com clareza, lisura, sempre fundamentado em princípios Constitucional, Legal, Técnico e Ético;
- b) O Enfermeiro Auditor como educador, deverá participar da interação interdisciplinar e multiprofissional, contribuindo para o bom entendimento e desenvolvimento da Auditoria de Enfermagem, e Auditoria em Geral, contudo, sem delegar ou repassar o que é privativo do Enfermeiro Auditor;
- c) O Enfermeiro Auditor, quando integrante de equipe multiprofissional, deve preservar sua autonomia, liberdade de trabalho, o sigilo profissional, bem como respeitar autonomia, liberdade de trabalho dos membros da equipe, respeitando a privacidade, o sigilo profissional, salvo os casos previstos em lei, que objetive a garantia do bem estar do ser humano e a preservação da vida;
- d) O Enfermeiro Auditor, quando em sua função, deve sempre respeitar os princípios Profissionais, Legais e Éticos no cumprimento com o seu dever;
- e) A Competência do Enfermeiro Auditor abrange todos os níveis onde há a presença da atuação de Profissionais de Enfermagem;

VIII- Havendo registro no Conselho Federal de Enfermagem de Sociedade de Auditoria em Enfermagem de caráter Nacional, as demais Organizações Regionais deverão seguir o princípio Estatutário e Regimental da Sociedade Nacional.

IX- Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. SOUZA, L.; DYNIEWICZ, A.; KALINOWSKI, L. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. **Revista de Administração em Saúde** - RAS, Curitiba – PR, n.47, p. 71 - 75 abr.-jun. 2010.
2. MAIA, J.R.; PAES, P.P.L. Manual de Auditoria de Contas Médicas. [http://dsau.dgp.eb.mil.br/arquivos/PDF/qualidade\\_gestao/manual\\_Auditoria.pdf](http://dsau.dgp.eb.mil.br/arquivos/PDF/qualidade_gestao/manual_Auditoria.pdf).
3. MEDEIROS, U. V.; ANDRADE, J. M. V. **Guia de estudo de auditoria**. Apostila do Curso de Especialização em Odontologia do Trabalho. São Paulo: Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, Mundi Brasil, 2007.
4. DIAS, L. *et al.* Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem** - REBEn, Brasília – DF, n.64, p. 932, set-out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a20v64n5.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2018.
5. NASSAR, P.R.B.; PORTO, F.R. Produção Científica em Auditoria em Enfermagem na Revista Eletrônica de Enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam.** online 2010. out/dez.2(Ed.Supl.):737-740. Disponível: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1112/pdf\\_271](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1112/pdf_271). Acesso em: 01 fevereiro 2018.
6. PINTO, K.A.; MELO, C.M.M. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Rev Esc Enferm USP** 2010; 44(3):671-8 [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/17.pdf>. Acesso em: 04 janeiro 2018.
7. SEIXAS, R.S.; VIANA, R.B.; SILVA, R.L. Auditoria de Enfermagem – Um Estudo na Enfermaria Pediátrica. Disponível em: <http://www.uff.br/anaissegerenf/premio/Auditoria%20em%20Enfermagem%20-%20concorrer%20a%20pr%EA%20mio.pdf>. Acesso em: 28 dezembro 2017.
8. SETZ, V.G.; D.INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm.** 2009;22(3):313-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>. Acesso em: 10 janeiro 2018.
9. SCARPARO, A.F.; FERRAZ, C.A. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 maio-jun; 61(3): 302-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a04v61n3.pdf>. Acesso em: 14 de fevereiro 2018.

## **GESTÃO DO COMPORTAMENTO AGRESSIVO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA GERAL - PRÁTICA ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL**

**Pedro Ferreira Pires**

Unidade Local de Saúde - Região de Leiria, Leiria,  
Portugal

**Carlos Laranjeira**

Escola Superior de Saúde/ Center for Innovative  
Care and Health Technology (ciTechCare), Politécnico  
de Leiria, Leiria, Portugal

# RESUMO

São variadas as adversidades encontradas no contexto da saúde, relativas à segurança nos cuidados. A capacidade de os enfermeiros gerirem o comportamento agressivo, em contexto de urgência geral, contribui para a criação de um ambiente de cuidados mais seguro e, consequentemente, para a cultura de segurança. **Objetivo:** Capacitar os enfermeiros de um serviço de urgência com estratégias para a gestão de comportamento agressivo através da intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. **Métodos:** Estudo pré-experimental, de grupo único, com avaliação pré e pós-intervenção. Os dados foram colhidos através de um questionário com dados sociodemográficos e profissionais dos participantes; Escala de Distresse Psicológico de Kessler; Escala de assertividade de Rathus (RAS); Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) e, Escala de Conotações Atitudinais da Agressão (ECADA). **Resultados:** Foi verificada uma diminuição nos níveis de passividade pós-intervenção. Quanto às atitudes dos enfermeiros perante utentes agressivos, verificou-se um aumento do valor médio relativamente à conotação comunicativa, ou seja, resultante de um sentimento de inferioridade do utente. Quanto às competências relacionais de ajuda, verificou-se um ligeiro aumento do valor médio das competências de comunicação e a manutenção do valor médio das competências de contacto. Contudo, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis em avaliação, nos momentos de pré e pós-intervenção. **Conclusão:** A aplicação do programa realçou a importância do desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, dos enfermeiros, relativamente à gestão do comportamento agressivo. Sugere-se a necessidade de investir na formação contínua dos profissionais de saúde, quanto às habilidades de comunicação verbais e não-verbais, de modo a prevenir os erros comunicacionais, que poderão estar na origem de atos violentos nos cuidados de saúde.

**Palavras-chave:** cultura de segurança; agressão; violência; local de trabalho; enfermagem e urgência.

## INTRODUÇÃO

Os profissionais enfrentam diversas adversidades na prestação de cuidados em ambiente hospitalar (FINN *et al.*, 2024). Destaque para a violência contra os profissionais de saúde que se apresenta como um fenómeno global de elevada magnitude epidemiológica (LIU *et al.*, 2019; ROSSI *et al.*, 2023).

A agressão no local de trabalho define-se como qualquer ação ou comportamento, de uma pessoa ou grupo de pessoas, relativo a um alvo (pessoa ou grupo de pessoas), no seu contexto de trabalho, existindo uma intencionalidade do(s) primeiro(s) causarem dano, com a pretensão de alcançar algum objetivo (HILLS, 2018). Esta pode ser classificada como ligeira (exemplo: sarcasmo), moderada (exemplo: bater numa mesa), grave (exemplo: ameaça de agressão física contra terceiros), e extrema (exemplo: atos de violência física contra terceiros) (TOWNSEND, 2015).

Ao comparar a realidade dos contextos de saúde, entre diferentes países do mundo, verifica-se que a violência é um fenómeno transversal a todas as instituições de saúde, principalmente aos serviços de urgência e emergência (LIU *et al.*, 2019). Estes ambientes são particularmente vulneráveis à agressão/violência da parte dos utentes e/ou seus acompanhantes contra os profissionais de saúde, sendo a violência verbal a tipologia mais comum (WUBNEH *et al.*, 2023; ALSHARARI *et al.*, 2022; BOLES *et al.*, 2023; LIU *et al.*, 2019).

Em Portugal, dados relativos ao 1º semestre de 2023, disponibilizados da plataforma Notifica, da Direção Geral de Saúde, acompanham esta tendência internacional, sendo que se verifica que os enfermeiros são as principais vítimas destes atos (35%), seguidos dos médicos (28%), assistentes técnicos (23%) e assistentes operacionais (10%). Os utentes foram registados como os principais agressores nestes episódios. O tipo de violência mais registada foi a psicológica (67%), seguida de violência física (14%), e, por fim, o assédio moral (5%) (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2024).

O contexto de urgência, é um ambiente de elevada complexidade, em que os profissionais lidam com utentes e seus acompanhantes, de diferentes contextos sociais e culturais (HOU *et al.*, 2022). Dado que os enfermeiros prestam cuidados de maior proximidade, apresentam um risco acrescido, de serem intencionalmente agredidos, pelos utentes e seus acompanhantes (BOLES

*et al.*, 2023; HOU *et al.*, 2022). De realçar que as consequências da violência nos profissionais de saúde poderão ser graves, para a saúde física e mental (YUSOFF *et al.*, 2023). Lesões físicas resultantes de agressões poderão provocar consequências na saúde a longo prazo, enquanto o sofrimento psicológico pode contribuir para episódios de ansiedade, *burnout* (O'BRIEN *et al.*, 2024) e *turnover* (SARI *et al.*, 2023). O impacto cumulativo destas experiências representa uma ameaça não só para os profissionais, mas também à resiliência global dos sistemas de saúde (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2020).

Na literatura, são várias as causas identificadas, para a ocorrência da agressão, no contexto de trabalho, destacando-se as relacionadas com: a) os próprios profissionais e respetiva interação com os utentes (ESHAN *et al.*, 2024; MENTO *et al.*, 2020; O'BRIEN *et al.*, 2024; SAEEDI *et al.*, 2021; YAP *et al.*, 2023; YUSOFF *et al.*, 2023); b) interpretação errónea dos utentes e seus acompanhantes quanto ao comportamento dos profissionais (ALSHARARI *et al.*, 2022; LIM *et al.*, 2022); c) atitudes desadequadas dos profissionais; e, d) falta de treino para lidar com o comportamento agressivo (ALSHARARI *et al.*, 2022; LIM *et al.*, 2022; YUSOFF *et al.*, 2023).

Para a promoção da saúde ocupacional, as instituições devem ter como prioridade a gestão adequada do comportamento agressivo (PROVOST *et al.*, 2021), através da formação contínua quanto à prevenção da violência, desenvolvimento de técnicas comunicacionais e *de-escalation techniques* que permitem alertar os profissionais para a influência das emoções e relações interpessoais na exacerbação do risco de violência (BRENIG *et al.*, 2023). A aquisição de competências comunicacionais e relacionais, da parte dos profissionais, permitem prevenir ou antecipar os episódios de violência, potenciando maior qualidade dos cuidados (PROVOST *et al.*, 2021; YAP *et al.*, 2023). A evidência disponível, relativa à gestão de comportamentos agressivos/violentos, defende o desenvolvimento de sessões formativas, dirigidas ao desenvolvimento de competências comunicacionais, à criação de um ambiente seguro e ao desenvolvimento de protocolos de comunicação face a estes comportamentos (ABEDI *et al.*, 2023). Relativamente às competências comunicacionais, na gestão do comportamento agressivo, a assertividade assume destaque, sendo que permite fazer pedidos razoáveis ou expressar a opinião, considerando os direitos dos outros e assegurando que os direitos do próprio não são violados (LARANJEIRA; QUERIDO,

2021). Paralelamente, as *de-escalation techniques* são também importantes na gestão do comportamento agressivo (ABEDI *et al.*, 2023; KHALIL *et al.*, 2019; MING *et al.*, 2019). A este propósito, o treino e a simulação podem contribuir para a melhoria da perceção da violência no trabalho e da confiança para lidar com estas situações, bem como melhoria da capacidade dos profissionais em diminuir a intensidade destes comportamentos, tornando a prática dos cuidados mais segura (KHALIL *et al.*, 2019; MING *et al.*, 2019).

Na atualidade, a qualidade de cuidados e a cultura de segurança são temáticas frequentemente abordadas na literatura, estando associadas à obtenção de melhores resultados em saúde, designadamente em contexto hospitalar (IVANA; MARIJANA; GRGUROVIĆ, 2023; KALTEH *et al.*, 2021). De realçar que as intervenções promotoras da cultura de segurança poderão trazer inúmeras vantagens para os profissionais (FINN *et al.*, 2024), instituições de saúde e sociedade em geral (SARI *et al.*, 2023).

Com efeito, o presente estudo visou capacitar os enfermeiros de um serviço de urgência com estratégias para a gestão de comportamento agressivo através de uma intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

## **METODOLOGIA**

### **Design e participantes**

Estudo pré-experimental, de grupo único, com avaliação pré e pós-intervenção. A amostra em estudo é constituída por seis enfermeiros de um serviço de urgência hospitalar de uma Unidade Local de Saúde da zona centro de Portugal. Foram excluídos os enfermeiros com funções exclusivas de gestão e/ou coordenação, e os que estivessem ausentes por férias ou atestado temporário de incapacidade.

### **Intervenção**

A implementação do programa formativo, com aproximação aos princípios da intervenção psicoeducacional (AMARAL; ALMEIDA; SOUSA, 2020),

decorreu em sete sessões presenciais, de natureza grupal, com uma duração média de 90 minutos.

Na primeira e na última sessão (sessão 0 e 6), foram realizadas a pré e pós-intervenção, respetivamente. As sessões 1 a 5 foram estruturadas tendo por base a melhor evidência sobre os programas direcionados à gestão do comportamento agressivo e às técnicas mais efetivas em lidar com este fenómeno. Paralelamente, foram também integradas as recomendações do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2020). Estas recomendações procuram promover a existência de ambientes de trabalho seguros e saudáveis, estabelecendo como relevante a formação em áreas do conhecimento relacionadas com (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2020): 1) questões éticas, laborais e jurídicas; 2) competências pessoais e sociais (exemplo: estilos comunicacionais e relacionais); 3) gestão de conflitos (exemplo: reconhecimento de sinais de alarme); 4) regras de atendimento geral e específicas ao contexto; e, 5) fenómenos relativos à fadiga profissional, enquadrados numa perspetiva de responsabilidade, desenvolvimento pessoal e profissional.

As sessões do programa tiveram uma periodicidade quinzenal e seguiram uma sequência cognitivo-comportamental no planeamento das estratégias para lidar com o comportamento agressivo/violento. As estratégias utilizadas envolveram *de-escalation techniques*, o *role-playing*, técnicas de *mindfulness*, cartas compassivas, entre outras. De modo a promover a assimilação dos conteúdos teóricos, foram utilizados métodos de aprendizagem ativa, tais como *world café*, *case-based learning* e *quizz* de perguntas e respostas, sendo posteriormente discutidas as respostas tendo por base a evidência disponível.

## Instrumentos

O instrumento de colheita de dados foi constituído por 4 partes:

1. Dados sociodemográficos, profissionais, e avaliação da presença de sintomas não específicos de distresse psicológico, durante os últimos 30 dias, através Escala de Distresse Psicológico de Kessler (PEREIRA et al., 2019), de modo a caracterizar a amostra;

2. Escala de Assertividade de Rathus (RAS) - escala de autorresposta constituída por 30 itens, em formato de escala de tipo *likert*, sendo pontuada de 0 (nada característico) a 5 (muito característico), onde são descritos comportamentos ou sentimentos que ocorrem em situações sociais quotidianas, permitindo avaliar o grau de assertividade das pessoas (DETRY; CASTRO, 1996). A escala é composta por dois fatores distintos (DETRY; CASTRO, 1996): 1) assertividade, constituído por 13 itens, podendo o score variar entre 0 e 65; e, 2) passividade, constituído por 17 itens, podendo o score variar de 0 a 85;
3. Escala de Conotações Atitudinais da Agressão (ECADA) - instrumento que permite conhecer os domínios significativos relacionados com as atitudes dos enfermeiros, perante utentes agressivos, contribuindo para a compreensão de diferentes formas de reagir à agressão (ROSA, 2013). As opções de resposta variam de "concordo totalmente", opção à qual é atribuída uma pontuação 5, até "discordo totalmente", com uma pontuação de 1 (ROSA, 2013). A ECADA compreende 4 diferentes tipos de atitudes, medidas pelas seguintes subescalas (ROSA, 2013): 1) conotação ofensiva-intrusiva, em que a agressão é vista como comportamento nocivo, desagradável e inaceitável, incluindo a agressão verbal, constituída por 9 itens, podendo o score variar entre 9 e 45; 2) conotação destrutiva, em que a agressão vista como indicador de ameaça, ato de violência ou dano físico, constituída por 4 itens, sendo que o score poderá variar entre 4 e 20; 3) conotação de proteção, considerando a agressão vista como forma de proteção ou defesa do espaço físico e emocional, esta é constituída por 2 itens, podendo o score na mesma variar entre 2 e 10; 4) conotação comunicativa, em que a agressão é vista como um sinal resultante de um sentimento de inferioridade do utente, visando aprofundar a relação terapêutica, constituída por 3 itens, podendo, deste modo, o score variar entre 3 e 15. Quanto maior a pontuação obtida numa subescala, maior a conotação com a atitude expressa, devendo-se interpretar e comparar o score médio obtido entre as diferentes dimensões (ROSA, 2013);
4. Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) - escala de autoavaliação composta por 44 itens, que permite avaliar as competências relacionais de ajuda do enfermeiro (MELO et al., 2011). De acordo com Melo et al. (2011), o ICRA é apresentado sob a forma de uma escala de tipo *likert* pontuada de 1 a 7 (variando entre completamente em desacordo e completamente de acordo) e, por isso poderá

ter como score total mínimo 44 e máximo de 308. São avaliadas quatro dimensões distintas, com a seguinte designação (MELO et al., 2011): 1) competências genéricas, constituída por 15 itens, sendo que o score pode variar entre 15 e 105; 2) competências empáticas, que incluem 13 itens, sendo que o score poderá variar entre 13 e 91; 3) competências de comunicação, com 9 itens, podendo o score nesta dimensão variar entre 9 e 63 e, 4) competências de contacto, constituída por 7 itens, variando o score na mesma entre 7 e 49. Quanto maior for o score obtido, maior é o nível de competências relacionais de ajuda percebido pelos enfermeiros (MELO et al., 2011).

## **Procedimentos ético-formais**

O estudo decorreu entre setembro de 2024 e janeiro de 2025. Foi respeitada a confidencialidade das respostas e respetivo anonimato, tendo os dados obtidos sido apenas utilizados no contexto do projeto. Foi solicitado também o consentimento informado, livre e esclarecido a todos os participantes. O presente projeto obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde (Referência nº 49/2024).

## **Tratamento dos dados**

A análise de dados foi realizada com recurso ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29.0. Numa primeira fase, foi realizada a análise estatística descritiva dos dados que caracterizam a amostra e as variáveis em estudo: número (n), percentagem (%), a média (X), mediana (Md), o desvio padrão (Dp), mínimo (Min) e o máximo (Max). Por último, foi aplicado o teste não paramétrico de *Wilcoxon*, para comparação de duas amostras pareadas.

## **RESULTADOS**

Inicialmente integraram o projeto 12 enfermeiros, sendo que apenas seis completaram a totalidade do programa. A amostra final foi composta, maioritariamente, por enfermeiros do sexo feminino (n=5; 83,3%), com idades compreendidas entre os 23 e 42 anos de idade (34±8,09). Os participantes

verbalizaram um tempo de experiência profissional compreendido entre os 1 e 20 anos ( $12 \pm 7,92$ ), sendo que a maioria ( $n=4$ ; 66,7%) apresenta mais de 10 anos de experiência. Metade da amostra é detentora do grau de mestre ( $n=3$ ), e refere já ter sido vítima de agressão psicológica/verbal em algum momento da sua carreira. Relativamente à variável de distresse psicológico, nos últimos 30 dias, o score médio foi de 24 pontos, ultrapassando o ponto de corte (22), revelando que os participantes apresentam desconforto psicológico, e, conseqüentemente, um risco aumentado de desenvolver um distúrbio mental (PEREIRA *et al.*, 2019).

Através da análise dos resultados obtidos (tabela 1), da avaliação da Escala de assertividade de Rathus (DETRY; CASTRO, 1996), no momento pré-intervenção, observa-se que o valor médio do grau de assertividade é de 35,67 ( $Dp=5,82$ ), com um valor mínimo de 27 e máximo de 44. Estes valores demonstram um grau moderado de assertividade. É também verificado, no momento antes da intervenção, um grau moderado de passividade, observando-se um valor médio de 44,67 ( $Dp=11,38$ ), com um mínimo de 24 e máximo de 58.

Quanto aos resultados pós-intervenção (tabela 1), verifica-se que apesar de uma ligeira diminuição, os participantes mantiveram um grau moderado de assertividade ( $35,67 \pm 5,82$  vs  $33,67 \pm 3,83$ ). Após a realização do programa houve uma diminuição de seis pontos nos níveis de passividade ( $44,67 \pm 11,38$  vs  $38,67 \pm 6,31$ ). No entanto, observa-se que não houve diferenças estatisticamente significativas, entre o pré e o pós-intervenção ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 1.** Estatística descritiva da Escala de assertividade de Rathus.

| Pré-intervenção |       |       |       |       |       |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Fatores         | X'    | Md    | Dp    | Min.  | Máx.  |
| Assertividade   | 35,67 | 36,00 | 5,82  | 27,00 | 44,00 |
| Passividade     | 44,67 | 45,50 | 11,38 | 24,00 | 58,00 |
| Pós-intervenção |       |       |       |       |       |
| Fatores         | X'    | Md    | Dp    | Min.  | Máx.  |
| Assertividade   | 33,67 | 34,00 | 3,83  | 29,00 | 38,00 |
| Passividade     | 38,67 | 35,50 | 6,31  | 34,00 | 49,00 |

**Fonte:** Elaboração própria.

Quanto aos resultados obtidos (tabela 2) referentes à Escala de Conotações Atitudinais da Agressão, foram identificados os seguintes scores médios:1)

conotação ofensiva-intrusiva ( $34,67 \pm 7,37$ ); 2) conotação comunicativa ( $5,83 \pm 2,14$ ); 3) conotação destrutiva ( $16,50 \pm 3,27$ ); e, 4) conotação de proteção com ( $7,17 \pm 0,98$ ). Estes resultados demonstram que os participantes, neste momento consideravam maioritariamente a agressão como indicador de ameaça, ato de violência ou dano (conotação destrutiva) ou como forma de proteção.

**Tabela 2.** Estatística descritiva da Escala de Conotações Atitudinais da Agressão.

| Pré-intervenção    |       |       |      |       |       |
|--------------------|-------|-------|------|-------|-------|
| Conotação          | X     | Md    | Dp   | Min.  | Máx.  |
| Ofensiva-intrusiva | 34,67 | 33,50 | 7,37 | 24,00 | 44,00 |
| Comunicativa       | 5,83  | 6,00  | 2,14 | 3,00  | 9,00  |
| Destrutiva         | 16,50 | 17,00 | 3,27 | 12,00 | 20,00 |
| Proteção           | 7,17  | 7,50  | 0,98 | 6,00  | 8,00  |
| Pós-intervenção    |       |       |      |       |       |
| Conotação          | X     | Md    | Dp   | Min.  | Máx.  |
| Ofensiva-intrusiva | 33,33 | 34,00 | 6,44 | 23,00 | 41,00 |
| Comunicativa       | 6,50  | 6,50  | 3,27 | 3,00  | 10,00 |
| Destrutiva         | 17,00 | 16,00 | 2,00 | 15,00 | 20,00 |
| Proteção           | 6,83  | 7,00  | 1,33 | 5,00  | 8,00  |

Fonte: Elaboração própria.

Nos resultados obtidos, após a intervenção (tabela 2), relativos às conotações atitudinais da agressão, verificou-se, comparativamente à pré-avaliação, um discreto aumento do valor médio relativamente à conotação comunicativa ( $5,83 \pm 2,14$  vs  $6,50 \pm 3,27$ ) e à conotação destrutiva ( $16,50 \pm 3,27$  vs  $17,00 \pm 2,00$ ) e uma ligeira diminuição relativamente à conotação ofensiva-intrusiva ( $34,67 \pm 7,37$  vs  $33,33 \pm 6,44$ ) e à conotação de proteção ( $7,17 \pm 0,98$  vs  $6,83 \pm 1,33$ ). Contudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, comparando os resultados obtidos, nos dois momentos de avaliação ( $p > 0,05$ ).

Por fim, analisando os resultados obtidos (tabela 3), relativos às competências relacionais de ajuda dos enfermeiros, observa-se que o valor médio do score total é de 244,67 ( $Dp=13,29$ ), com um mínimo 222 e um máximo de 260. Com estes valores afirma-se que os participantes apresentam um nível de competências relacionais de ajuda elevado. Relativamente às quatro dimensões distintas que compõem as competências relacionais de ajuda, as competências genéricas foram as que apresentaram score médio mais elevado ( $89,67 \pm 1,97$ ),

seguidas das competências empáticas (70,50±3,67); competências de comunicação (50,17±4,83), e, por fim, as competências de contacto (34,33±8,52).

**Tabela 3.** Estatística descritiva do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda.

| Pré-intervenção |        |        |       |        |        |
|-----------------|--------|--------|-------|--------|--------|
| Competências    | X      | Md     | Dp    | Min.   | Máx.   |
| Genéricas       | 89,67  | 90,00  | 1,97  | 87,00  | 92,00  |
| Empáticas       | 70,50  | 71,00  | 3,67  | 66,00  | 75,00  |
| Comunicação     | 50,17  | 51,00  | 4,83  | 41,00  | 55,00  |
| Contacto        | 34,33  | 37,00  | 8,52  | 20,00  | 43,00  |
| Total           | 244,67 | 245,50 | 13,29 | 222,00 | 260,00 |
| Pós-intervenção |        |        |       |        |        |
| Competências    | X      | Md     | Dp    | Min.   | Máx.   |
| Genéricas       | 88,83  | 90,00  | 5,38  | 79,00  | 95,00  |
| Empáticas       | 70,17  | 73,00  | 8,04  | 57,00  | 77,00  |
| Comunicação     | 50,50  | 51,00  | 4,32  | 43,00  | 55,00  |
| Contacto        | 34,33  | 35,50  | 7,55  | 26,00  | 42,00  |
| Total           | 243,83 | 247,50 | 23,36 | 205,00 | 265,00 |

**Fonte:** Elaboração própria.

Após análise dos dados, relativos às competências relacionais de ajuda dos enfermeiros, verifica-se uma discreta redução do valor médio do score total, em relação à pré-intervenção (244,67±13,29 vs 243,83±23,36). No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, comparando os resultados pré e pós-intervenção ( $p > 0,05$ ).

Ao analisar cada uma das competências separadamente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre o pré e o pós-intervenção. Verificou-se uma discreta deflexão do valor médio relativo às competências genéricas (89,67±1,97 vs 88,83±5,38) e competências empáticas (70,50±1,97 vs 70,17±8,04). Paralelamente, houve um ligeiro aumento do valor médio das competências de comunicação (50,17±4,83 vs 50,50±4,32), e, por fim, uma manutenção do valor médio das competências de contacto (34,33±8,52 vs 34,33±7,55).

## DISCUSSÃO

O presente estudo realçou a importância da implementação de programas formativos dirigidos à gestão dos comportamentos agressivos/violentos

nos contextos da saúde, particularmente nos serviços de urgência e emergência. A evidência sugere que este tipo de intervenções devem ser multimodais e envolver todos os *skateholders* para que possam ser efetivas na redução das taxas de violência nos cuidados de saúde (SOMANI *et al.*, 2021). Os *stakeholders* organizacionais devem ser sensibilizados acerca dos princípios da qualidade dos cuidados e cultura de segurança, agindo em conformidade com os mesmos, e viabilizando a sua prática a nível institucional (AHMED *et al.*, 2024). Segundo o mesmo autor, uma liderança efetiva gere os recursos e procura motivar as pessoas em relação a um objetivo partilhado, promovendo um ambiente potenciador de cuidados de qualidade. Neste sentido, os programas que permitam uma maior consciencialização relativamente à agressão e que promovam a segurança no local de trabalho, constituem boas práticas na promoção de um clima organizacional positivo (THOMPSON *et al.*, 2022).

Apesar de não terem sido verificadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis avaliadas, verificou-se uma diminuição significativa no fator passividade (escala de assertividade de *Rathus*), após a implementação do programa. No entanto, vale a pena sublinhar que um comportamento assertivo pode ser muito difícil ou quase impossível de adquirir para algumas pessoas (NETO; BAPTISTA, 2023). O que acontece é que, as aprendizagens que uma pessoa fez ao longo da vida conduzem a que, no momento atual, ela tenha ou não a capacidade de se comportar de forma assertiva. As pessoas podem responder às situações de forma não assertiva por não conhecerem os seus direitos (e os limites desses direitos) em situações sociais (LARANJEIRA; QUERIDO, 2021). De acordo com Sequeira, Pinho e Llobet (2016), um estilo de comunicação passivo está associado a determinadas características de personalidade, tais como, insegurança, vulnerabilidade e baixa autoestima. A passividade pode também fazer com que a pessoa revele ansiedade no contacto social, dificuldade em tomar decisões e atingir objetivos (SEQUEIRA; PINHO; LLOBET, 2016). Por isso, uma redução no fator de passividade, poderá significar uma redução da ansiedade nos relacionamentos interpessoais e uma maior efetividade no processo de tomada de decisão, fatores com impacto na gestão do comportamento agressivo. Em Neto e Baptista (2023), é referido que a pessoa deve consciencializar-se das interações e comportamentos que lhe causam problemas. Por isso, esta deve também proceder à identificação das crenças e

atitudes desenvolvidas que a fazem ser mais passivo ou mais agressivo, num determinado contexto (NETO; BAPTISTA, 2023), tal como, na gestão do comportamento agressivo, no contexto de urgência geral.

Segundo Tomagová *et al.* (2022), a forma como o enfermeiro percebe o comportamento agressivo tem uma influência direta na sua atitude face ao mesmo. A maioria dos enfermeiros, tende a perceber o comportamento agressivo, como algo insultuoso e desagradável, percebendo-o como um ato de ameaça que em última instância pode provocar dano físico ou violência (TOMAGOVÁ *et al.*, 2022; VÄLIMÄKI *et al.*, 2022). Em Välimäki *et al.* (2022), verificou-se que os enfermeiros apresentam uma pior percepção e menos tolerância face ao comportamento agressivo do utente, relativamente a outros elementos envolvidos nos cuidados de saúde. O contacto prolongado dos enfermeiros com os utentes exponencia a ocorrência de eventos de agressão fazendo com que sejam menos tolerantes e tenham percepções mais negativas perante o comportamento agressivo (VÄLIMÄKI *et al.*, 2022). Comparando os resultados obtidos pré e pós-intervenção, relativos às conotações atitudinais atribuídas à agressão, verificou-se, positivamente, um aumento do valor médio relativamente à conotação comunicativa e uma diminuição quanto à conotação ofensiva-intrusiva e conotação de proteção, após a intervenção.

Segundo Välimäki *et al.* (2022), a idade e a experiência de trabalho parecem estar diretamente correlacionadas com uma pior percepção e menor tolerância em relação à agressão, como medida de proteção, o que poderá ser explicado pelo possível impacto destes eventos, nos enfermeiros, ao longo do tempo (VÄLIMÄKI *et al.*, 2022). Com efeito, torna-se necessário dar o apoio necessário, relacionado com gestão emocional e as atitudes perante os utentes, aos enfermeiros com mais idade e maior experiência de trabalho, de modo a evitar que estes constituam modelos negativos para os enfermeiros menos experientes.

A agressão ocorre quando se experiencia um estado emocional com uma intensidade superior às capacidades de autocontrolo, sendo que com a escassez de recursos intrapessoais, a raiva pode ser sentida de forma inadequada e expressa de forma violenta (PLESSEN *et al.*, 2023). É essencial o profissional determinar as causas relacionadas com o comportamento agressivo do utente (ZOLKEFLI, 2024). Uma percepção mais positiva destes eventos, podem levar o profissional a demonstrar atitudes mais positivas, perante estes comportamentos,

impactando positivamente nos cuidados prestados a estas pessoas (TOMAGOVÁ *et al.*, 2022). Portanto pode-se afirmar que, apesar dos resultados, este programa trouxe ganhos através de atitudes mais positivas face à agressão.

A resposta do profissional deve ser centrada na pessoa, independentemente das ações desta e/ou da tensão resultante (ZOLKEFLI, 2024). Relativamente às competências relacionais de ajuda dos enfermeiros, verifica-se positivamente, um aumento do valor médio das competências de comunicação e a manutenção do valor médio das competências de contacto. No caso das competências genéricas e empáticas houve um ligeiro agravamento do score, isto porque os participantes compreenderam que os processos cognitivos envolvidos na capacidade empática, têm um papel central na descentração e na capacidade de *role taking* (ou seja, na consideração da perspetiva do outro) (WINTER *et al.*, 2022). Por outro lado, a empatia afetiva envolve uma responsividade emocional que se refere à qualidade e direção do afeto à experiência do outro, funcionando como uma resposta vicariante. Desta forma, a complexidade associada ao conceito de empatia e o escasso conhecimento de si (enquanto competência genérica) podem ter justificado a heterogeneidade dos resultados obtidos. As competências de comunicação verbal e não-verbal dos profissionais de saúde devem estar bem desenvolvidas, procurando prevenir os efeitos dos erros comunicacionais que poderão originar atos violentos da parte dos utentes e seus familiares (SAEEDI *et al.*, 2021). De acordo com o descrito no consenso de *de-escalation* verbal da Associação Americana de Emergência Psiquiátrica (RICHMOND *et al.*, 2012), as competências de contacto assumem-se como determinantes na gestão do comportamento agressivo. No âmbito desta competência, para que o uso de *de-escalation techniques* seja efetivo, assume-se como determinante os profissionais disporem de atitudes, tais como (RICHMOND *et al.*, 2012): 1) apenas uma pessoa deve abordar o utente; 2) postura não confrontacional; 3) mãos visíveis e abertas e, 4) evitar o contato visual prolongado.

Apesar de não terem sido identificadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis avaliadas (antes e após a implementação do programa), houve ganhos com a realização do programa na gestão do comportamento agressivo. Para além da consciencialização alargada sobre a temática, os participantes verbalizaram sentir maior autocontrolo da ansiedade vivenciada em situações de gestão do comportamento agressivo. Para

este objetivo muito contribuiu a técnica de *role-playing*, na qual o enfermeiro consegue treinar em ambiente controlado competências aplicáveis em contexto real (SEQUEIRA; SAMPAIO, 2020). Esta técnica foi utilizada em 4 sessões do programa, procurando-se simular situações vivenciadas anteriormente pelos participantes, recorrendo-se às estratégias instruídas e adquiridas, ao longo do programa formativo. De facto, o *role-playing* pode ajudar a pessoa no autocontrolo da ansiedade experienciada nas relações interpessoais (NETO; BAPTISTA, 2023; SEQUEIRA; SAMPAIO, 2020). Os programas formativos dirigidos à gestão da agressão [que incluem técnicas como o *role-playing*], têm demonstrado ajudar os profissionais a obter maiores níveis de autoconfiança (STORY *et al.*, 2020; YOUNG *et al.*, 2022) e autoeficácia (YOUNG *et al.*, 2022). A prática do *role-playing* foi considerada, pelos participantes, como uma técnica valiosa para adquirir conhecimentos e competências relativas à gestão de eventos de agressão, sendo necessária a sua implementação numa base regular.

A evidência sublinha os efeitos positivos da compaixão organizacional na melhoria dos resultados relacionados com os profissionais, utentes e a própria organização (ÖSTERGÅRD *et al.*, 2024). Segundo Ahmed *et al.* (2024), a falta de compaixão pode originar um ambiente de trabalho pouco favorável, levando os profissionais a experienciar stresse e *burnout*. Os líderes devem-se posicionar de modo a minimizar os riscos de lesão (reais e potenciais), educando os enfermeiros e tornando-os mais preparados para lidar com a agressão no local de trabalho (THOMPSON *et al.*, 2022).

É essencial envolver toda a equipa multidisciplinar, dado que é necessário que esta comunique e colabore efetivamente, na gestão da agressão, de modo a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados (AHMED *et al.*, 2024). Considerando isto, torna-se efetivamente relevante integrar outros elementos da equipa dotando-os de habilidades, que promovam uma comunicação efetiva e um verdadeiro trabalho em equipa, na gestão do comportamento agressivo. Segundo Ahmed *et al.*, 2024, isto poderá suceder-se através da definição clara dos papéis dentro das equipas, programas formativos regulares, encontros de equipa semanais e existência de recursos adequados (tempo, habilidades, meios tecnológicos) que lhes permitam o cumprimento efetivo das suas responsabilidades.

Verificou-se que as estratégias de reforço positivo utilizadas durante as sessões poderão ter promovido a motivação entre os participantes. Contudo estas estratégias revelaram-se insuficientes devido à elevada sobrecarga de trabalho a que os profissionais estão expostos, justificando o baixo número de participantes que completaram o programa. Destaca-se, portanto, o papel das administrações hospitalares em promover medidas que sejam efetivas em motivar e ajudar os profissionais nos processos formativos, dando-lhes os recursos necessários face ao contexto em que estão inseridos. O apoio organizacional esperado pelos profissionais inclui o suporte ao seu desenvolvimento profissional e a construção de confiança e resiliência, contribuindo para que estes sintam que o seu trabalho tem um propósito e significado (ÖSTERGÅRD *et al.*, 2024). É necessário, portanto, uma liderança organizacional que estimule o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, para que estes possam proporcionar cuidados compassivos e centrados na pessoa, e, assim, alinhados com os desideratos da cultura de segurança e qualidade dos cuidados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este programa resultou numa oportunidade de sensibilizar os elementos participantes para as técnicas comunicacionais e relacionais na gestão da agressão/violência e das suas consequências. Este estudo é mais um subsídio para a sensibilização dos líderes organizacionais relativamente a esta temática e à relevância deste tipo de programas, dando ênfase à importância da realização de estudos experimentais e *quasi*-experimentais que permitam avaliar a efetividade de programas psicoeducativos que previnam a agressão e a violência em contexto laboral. Desta forma, é de extrema relevância que os líderes se mantenham sensíveis a este fenómeno e à necessidade de desenvolver estratégias mais efetivas para a sua adequada gestão. Com efeito, os programas de intervenção na área da saúde mental devem integrar os planos formativos institucionais por forma a criar organizações amigas da saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- ABEDI, G. *et al.* Improvement of violence management among nurses in Iran: the best practice implementation project in a health promoting hospital. **PloS One**, [S.l.], v. 18, n. 11, e0284758, 2023.
- AHMED, Z. *et al.* Exploring the impact of compassion and leadership on patient safety and quality in healthcare systems: a narrative review. **BMJ Open Quality**, [S.l.], v. 13, suppl. 2, p. e002651, 2024.
- ALSHARARI, A. F. *et al.* Workplace violence towards emergency nurses: a cross-sectional multicenter study. **Australasian Emergency Care**, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 48–54, 2022.
- AMARAL, A. C.; ALMEIDA, E.; SOUSA, L. Intervenção Psicoeducacional. In: SEQUEIRA, C.; SAMPAIO, F. (Org.). **Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções**. Lisboa: Lidel, 2020. p. 174–179.
- BOLES, J. M. *et al.* Nurse, provider, and emergency department technician: perceptions and experiences of violence and aggression in the emergency department. **Journal of Emergency Nursing**, [S.l.], v. 49, n. 3, p. 431–440, 2023.
- BRENIG, D.; GADE, P.; VOELLM, B. Is mental health staff training in de-escalation techniques effective in reducing violent incidents in forensic psychiatric settings? – A systematic review of the literature. **BMC Psychiatry**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 246, 2023.
- DETRY, B.; CASTRO, M. A Escala de Assertividade de Rathus: Versão Portuguesa. In: ALMEIDA, L.; ARAÚJO, S.; GONÇALVES, M.; MACHADO, C.; SIMÕES, M. (Org.). **Avaliação Psicológica: Formas e contextos**. Braga: APPOINT, 1996. p. 357–363.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida: Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde**. Lisboa: DGS, 2020.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – Segurança do Doente*. [S.l.], 2024. Disponível em: <https://notifica.dgs.min-saude.pt/>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- ESHAH, N. *et al.* Workplace violence against healthcare workers: a literature review. **SAGE Open Nursing**, [S.l.], v. 10, 2024.
- FINN, M.; WALSH, A.; RAFTER, N.; MELLON, L.; CHONG, H. Y.; NAJI, A. *et al.* Effect of interventions to improve safety culture on healthcare workers in hospital settings: a systematic review of the international literature. **BMJ Open Quality**, [S.l.], v. 13, n. 2, e002506, 2024.
- HILLS, D. J. Defining and classifying aggression and violence in health care work. *Collegian*, [S.l.], v. 25, n. 6, p. 607–612, 2018.
- HOU, Y.; CORBALLY, M.; TIMMINS, F. Violence against nurses by patients and visitors in the emergency department: a concept analysis. **Journal of Nursing Management**, [S.l.], v. 30, n. 6, p. 1688–1699, 2022.
- IVANA, H.; MARIJANA, N.; GRGUROVIĆ, D. Nursing care and its impact on safety culture. **Nursing Journal**, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 96–104, 2023.
- KALTEH, H. O.; MORTAZAVI, S. B.; MOHAMMADI, E.; SALESI, M. The relationship between safety culture and safety climate and safety performance: a systematic review. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 206–216, 2021.
- KHALIL, A. I.; ALJOHANI, A.; ALSULAMI, S. Evaluation of an educational program to nurses on management of aggressive and violent behavior in mental health care setting: a quasi-experimental study. **International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience**, [S.l.], v. 21, n. 3, p. 1–12, 2019.

LARANJEIRA, C. A.; QUERIDO, A. I. Assertiveness training of novice psychiatric nurses: A necessary approach. **Issues in mental health nursing**, v. 42, n. 7, p. 699-701, 2021.

LIM, M. C. *et al.* Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures. **Annals of Medicine & Surgery**, v. 78, 2022.

LIU, J. *et al.* Prevalence of workplace violence against healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 76, n. 12, p. 927-937, 2019.

MELO, R. C. C. P. de; SILVA, M. J. P.; PARREIRA, P. M. D.; FERREIRA, M. M. C. Competências relacionais de ajuda nos enfermeiros: validação de um instrumento de medida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, dez. 2011.

MENTO, C. *et al.* Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review.

MING, J. L. *et al.* Using simulation training to promote nurses' effective handling of workplace violence: A quasi-experimental study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 19, 2019.

NETO, D. D.; BAPTISTA, T. M. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Intervenções clínicas** (M. Robalo, Ed.; 1. ed., v. 1). EDIÇÕES SÍLABO, Lda, 2023.

O'BRIEN, C. J.; VAN ZUNDELT, A. A. J.; BARACH, P. R. The growing burden of workplace violence against healthcare workers: trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention – a narrative review. **EClinicalMedicine**, v. 72, p. 102641, 2024.

ÖSTERGÅRD, K.; KUHA, S.; KANSTE, O. Health-care leaders' and professionals' experiences and perceptions of compassionate leadership: A mixed-methods systematic review. **Leadership in Health Services**, v. 37, n. 5, p. 49-65, 2024.

PEREIRA, A. *et al.* Reliability and factor structure of the 10-item Kessler psychological distress scale (K10) among Portuguese adults. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 729-736, 2019.

PLESSEN, K. J. *et al.* The role of self-regulatory control processes in understanding aggressive ideations and behaviors: An experience sampling method study. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, 2023. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.1058814.

PROVOST, S. *et al.* A realist review of violence prevention education in healthcare. **Healthcare (Switzerland)**, v. 9, n. 3, 2021.

RICHMOND, J. *et al.* Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 13, n. 1, p. 17-25, 2012.

ROSA, A. G. S. A study of the cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the Attitudes Toward Aggression Scale (ATAS). **Revista de Enfermagem Referência**, 2013, n. 10, p. 69-78, 2013.

ROSSI, M. F. *et al.* Workplace violence against healthcare workers: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. **Public Health**, v. 221, p. 50-59, 2023.

SAEEDI, M.; AL-OTHMAN, N.; RABAYAA, M. Breaching the bridge: An investigation into doctor-patient miscommunication as a significant factor in the violence against healthcare workers in Palestine. **BioMed Research International**, 2021, n. 1.

SARI, H. *et al.* The frequency of workplace violence against healthcare workers and affecting factors. **PLoS ONE**, v. 18, n. 7, jul. 2023.

SEQUEIRA, C.; PINHO, P.; LLOBET, M. P. Estilo de comunicação. *In*: SEQUEIRA, C. **Comunicação clínica e relação de ajuda**. p. 135-137. Lisboa: Lidel, 2016.

SEQUEIRA, C.; SAMPAIO, F. Modificação do comportamento. *In*: SEQUEIRA, C.; SAMPAIO, F. (Eds.). **Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções** (1. ed.). p. 193-195. Lisboa: Lidel, 2020.

SOMANI, R. *et al.* A systematic review: Effectiveness of interventions to de-escalate workplace violence against nurses in healthcare settings. **Safety and Health at Work**, v. 12, n. 3, p. 289-295, 2021

STORY, A. R. *et al.* An evaluation of nurses' perception and confidence after implementing a workplace aggression and violence prevention training program. **JONA: The Journal of Nursing Administration**, v. 50, n. 4, p. 209-215, 2020.

THOMPSON, S. L. *et al.* De-escalation training as part of a workplace violence prevention program. **JONA: The Journal of Nursing Administration**, v. 52, n. 4, p. 222-227, 2022.

TOMAGOVÁ, M. *et al.* The attitudes of nurses towards inpatient aggression and selected staff characteristics: A cross-sectional study. **Health & Caring**, v. 1, n. 1, 2022.

TOWNSEND, M. C. **Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice** (8. ed.). F.A. Davis Company, 2015.

VÄLIMÄKI, M. *et al.* Nurses', patients', and informal caregivers' attitudes toward aggression in psychiatric hospitals: A comparative survey study. **PLOS ONE**, v. 17, n. 9, e0274536, 2022.

WINTER, R. *et al.* Experiences of empathy training in healthcare: A systematic review of qualitative studies. **Patient Education and Counseling**, v. 105, n. 10, p. 3017-3037, 2022.

WUBNEH, C. A.; LIYEW, B.; KASSEW, T. Prevalence and forms of workplace violence against nurses. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, [S.l.], v. 19, p. 100620, 2023.

YAP, C. Y. L. *et al.* Causes and management of aggression and violence: A survey of emergency department nurses and attendees. **International Emergency Nursing**, v. 69, p. 101292, 2023.

YOUNG, J.; FAWCETT, K.; GILLMAN, L. Evaluation of an immersive simulation programme for mental health clinicians to address aggression, violence, and clinical deterioration. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 31, n. 6, p. 1417-1426, 2022.

YUSOFF, H. M. *et al.* Contemporary evidence of workplace violence against the primary healthcare workforce worldwide: A systematic review. **Human Resources for Health**, v. 21, n. 1, p. 82, 2023.

ZOLKEFLI, Y. Managing aggressive behaviour in healthcare: Balancing of patients and staff interest. **Malaysian Journal of Medical Sciences**, v. 31, n. 3, p. 252-256, 2024.

## **HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO: PRÁTICAS QUE VALORIZAM A DIGNIDADE, EMPATIA E COMUNICAÇÃO NO CUIDADO EM DIFERENTES CONTEXTOS DE SAÚDE**

Pâmela Silva da Rocha

Kamila de Souza Neves

Simara Nunes de Souza

Taciana Nunes de Deus

Faustine Cardoso Ricardo

Lucas Domingues Fidelix

Gustavo Silva da Rocha

Rafaela Teloken

# RESUMO

Este estudo aborda a relação entre a infraestrutura dos serviços de saúde e o respeito à dignidade dos usuários, destacando a importância desse aspecto para a qualidade e equidade no atendimento. A **introdução** apresenta a relevância de condições estruturais adequadas para garantir um cuidado humano e justo, especialmente em contextos de desigualdades regionais e socioeconômicas. O **referencial teórico** fundamenta-se em estudos que evidenciam como deficiências na infraestrutura impactam negativamente a experiência do paciente, reforçando situações de desconforto e desrespeito. O **objetivo** central é analisar como as condições físicas e organizacionais dos serviços de saúde influenciam na promoção da dignidade dos usuários. Para isso, a **metodologia empregada** foi uma revisão sistemática de literatura, com análise crítica de artigos publicados em bases científicas renomadas. Os **resultados** apontam que unidades em áreas rurais e comunidades de baixo índice socioeconômico enfrentam maiores desafios estruturais, comprometendo a percepção de dignidade durante o atendimento. Por fim, nas **conclusões**, ressalta-se que investir em infraestrutura e na formação de profissionais é essencial para promover um cuidado mais humano e equitativo. A melhoria das condições físicas e organizacionais dos serviços não apenas aumenta a eficiência, mas também fortalece os direitos dos pacientes, contribuindo para melhores resultados em saúde.

**Palavras-chave:** infraestrutura; dignidade; serviços de saúde.

## A Importância da Empatia na Relação Profissional de Saúde e Paciente

A promoção de um cuidado humanizado e eficaz na área da saúde depende, em grande medida, do desenvolvimento da escuta ativa e empática nos atendimentos. Esse tipo de comunicação ultrapassa a mera percepção auditiva das queixas apresentadas pelo paciente, envolvendo uma compreensão mais profunda de suas demandas e realidade social. Segundo Gonzalez e Nascimento (2020), essa abordagem possibilita ao profissional estabelecer uma conexão genuína com o usuário, resultando em um atendimento mais alinhado às suas expectativas. A escuta qualificada também estimula a participação do indivíduo nas escolhas terapêuticas, fortalecendo a relação entre assistido e assistente. Dessa forma, torna-se um instrumento fundamental para a construção de relações mais solidárias e colaborativas.

Neves *et al.* (2021) destacam a relevância do acolhimento e o uso estratégico de tecnologias no fortalecimento da escuta ativa no contexto dos serviços de saúde. Essa prática contribui significativamente para a melhoria na recepção e no vínculo inicial com os usuários. Paralelamente, Ruwel *et al.* (2024) ressaltam que a medicina centrada na pessoa valoriza a percepção empática das preocupações individuais, aumentando a adesão ao tratamento proposto. Ambas as perspectivas indicam a centralidade da escuta como ferramenta para personalizar o cuidado e promover maior engajamento do paciente. Assim, a interação comunicativa se torna um pilar estrutural no processo de atenção integral à saúde.

Em ambientes de alta complexidade, como emergências e cuidados paliativos, a escuta empática desempenha um papel essencial na construção de relações de confiança. Santos e Saidel (2024) enfatizam sua importância no acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico, evidenciando a necessidade de formação específica para garantir práticas sensíveis e acolhedoras. Paulo (2024) complementa apontando que a comunicação interpessoal é indispensável mesmo em cenários marcados pela predominância tecnológica. Nessas situações, a habilidade de ouvir com empatia pode mitigar a frieza institucional e promover cuidados mais humanizados. A interação humana, portanto, mantém seu valor inestimável independentemente do ambiente assistencial.

Barbosa *et al.* (2022) reforçam que a escuta qualificada deve ser incorporada desde a formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde, visando consolidar competências interpessoais essenciais. Além disso, Oliveira *et al.* (2018) e Marcelino (2022) mostram que programas educacionais com foco em comunicação não violenta e escuta ativa são eficazes na sensibilização dos trabalhadores para as demandas subjetivas dos pacientes. Investir em treinamentos contínuos nessa área reflete diretamente na qualidade do atendimento prestado. Portanto, a implementação sistemática dessas estratégias deve ser priorizada nas políticas de educação permanente no setor saúde.

A empatia desempenha um papel fundamental na adesão ao tratamento e na recuperação dos pacientes. A relação médico-paciente é um fator crítico que influencia a disposição do paciente em seguir as orientações de tratamento e, conseqüentemente, nos resultados clínicos. A literatura revisada evidencia que profissionais de saúde que demonstram empatia conseguem estabelecer um vínculo mais forte com seus pacientes, o que leva a uma maior adesão ao tratamento (Nascimento *et al.*, 2018; Paiva *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, Nascimento *et al.* afirmam que a empatia não se limita à compreensão dos sentimentos do paciente, mas também envolve a capacidade de comunicar essa compreensão de forma eficaz, o que é essencial na anamnese e na formulação de diagnósticos (Nascimento *et al.*, 2018). Quando o paciente sente que seu médico realmente se importa e se esforça para entender sua situação, ele tende a seguir com mais rigor as recomendações de tratamento, como evidenciado por vários estudos que mostram um impacto positivo da empatia na adesão ao tratamento medicamentoso (Paiva *et al.*, 2019; Claudino *et al.*, 2020).

Por outro lado, em populações específicas, como pacientes com hemo-filia, a adesão ao tratamento foi associada à qualidade de vida. Bezerra *et al.* indicam que uma boa relação médico-paciente pode promover maiores níveis de adesão, prevenindo complicações e contribuindo para o bem-estar geral do paciente (Bezerra *et al.*, 2022). O mesmo se aplica a grupos vulneráveis, onde a construção de relações interpessoais positivas pode ajudar a mitigar o estresse associado ao tratamento e facilitar a adesão terapêutica (Santana *et al.*, 2020).

Ademais, fatores como a comunicação clara e a educação em saúde também influenciam a adesão, como observado por Silva *et al.*, que mencionam

que pacientes informados e educados sobre sua condição e tratamento tendem a aderir mais aos regimes terapêuticos prescritivos (Silva *et al.*, 2022). A capacidade do profissional de saúde de transmitir informações complexas de forma compreensível está diretamente ligada à empatia e ao letramento funcional em saúde do paciente, ambos fatores que propiciam melhores resultados clínicos (Sá *et al.*, 2022).

Além da educação, a interação social e o apoio emocional têm um impacto significativo na adesão ao tratamento. Ramos *et al.* destacam que o suporte social positivo e uma expectativa de autoeficácia elevada são preditores importantes de adesão ao tratamento, especialmente entre indivíduos que vivem com HIV. Quando os pacientes se sentem acolhidos e apoiados, eles são mais propensos a seguir as orientações médicas (Ramos *et al.*, 2021).

Dessa forma, a evidência sugere que a empatia não é apenas um componente desejável da prática clínica, mas uma necessidade essencial que transcende a mera relação de diagnósticos e prescrições. A formação de profissionais de saúde deve incorporar a empatia como um valor fundamental, com o objetivo de cultivar relações de cuidado que promovam a adesão e, em última análise, melhores resultados em saúde (Descalço & Afonso, 2018; Paiva *et al.*, 2019).

## **Comunicação Humanizada como Pilar do Cuidado em Saúde**

A comunicação clara, empática e acolhedora entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares é um elemento fundamental para a efetivação do cuidado em momentos críticos. Em situações de gravidade clínica ou em contextos paliativos, o intercâmbio comunicativo desempenha papel central na promoção do bem-estar emocional e psicológico. Segundo Pacheco *et al.* (2020), no âmbito dos cuidados paliativos, a interação entre enfermeiros e pacientes fundamenta-se no diálogo como meio de humanização e suporte emocional. Essa abordagem não apenas favorece a compreensão das informações médicas, mas também contribui para o fortalecimento da relação terapêutica.

Santos *et al.* (2021) destacam que a transmissão precisa de informações entre equipe assistencial e familiares é essencial para a segurança do paciente em ambientes hospitalares. A formação de equipes multiprofissionais deve contemplar competências técnicas e interpessoais, visando à construção de

relações baseadas em confiança e sensibilidade. Sampaio *et al.* (2022) reforçam que a comunicação interprofissional influencia diretamente na adesão ao tratamento e na tomada de decisões compartilhada. Nesse sentido, uma comunicação eficaz promove maior tranquilidade e envolvimento ativo por parte dos pacientes e seus familiares.

Estratégias como escuta qualificada e comunicação não violenta são recursos importantes para o acolhimento adequado em situações de vulnerabilidade. Cortez *et al.* (2016) ressaltam que uma abordagem acolhedora impacta positivamente a experiência do paciente em contextos de sofrimento. Carvalho *et al.* (2022) enfatizam a relevância de uma interação sensível à fragilidade emocional, especialmente em cenários de alta complexidade. Castro *et al.* (2016) complementam apontando que, em áreas como oncologia, a qualidade da comunicação influencia diretamente na percepção e enfrentamento do diagnóstico pelos indivíduos e seus familiares.

Engelhorn (2019) destaca a importância de simulações práticas no desenvolvimento das habilidades comunicativas de futuros profissionais de saúde, preparando-os para situações delicadas, como a comunicação de más notícias. Gabarra e Crepaldi (2017) reforçam a necessidade de modelos comunicativos adaptáveis às condições emocionais dos pacientes e suas famílias. A integração dessas práticas nos currículos acadêmicos fortalece a capacidade de estabelecer interações significativas e humanizadas. Assim, a formação contínua em comunicação assertiva torna-se indispensável para aprimorar a qualidade do cuidado em cenários críticos.

A comunicação entre profissionais de saúde e pacientes é um componente essencial para a qualidade do atendimento e a satisfação dos usuários. No entanto, barreiras linguísticas, como a escassez de intérpretes em ambientes multilíngues, comprometem a compreensão de diagnósticos e orientações terapêuticas, especialmente para falantes de espanhol (Nageswaran *et al.*, 2021). Esse cenário pode gerar experiências negativas e impactar diretamente na adesão ao tratamento (Flower *et al.*, 2017).

Diferenças culturais também dificultam a interação eficaz, especialmente no atendimento a refugiados e solicitantes de asilo, que frequentemente enfrentam práticas insensíveis por parte dos profissionais (Patel *et al.*, 2021). A ausência de abordagens culturalmente adequadas contribui para sentimentos de

marginalização e desengajamento do paciente no cuidado contínuo (Golden & Nageswaran, 2012). Além disso, limitações tecnológicas e falta de familiaridade com ferramentas digitais restringem o acesso à telemedicina, ampliando as desigualdades no contato assistencial (Chu *et al.*, 2021).

Estratégias de formação contínua em comunicação são apontadas como fundamentais para superar esses desafios (Hurtig *et al.*, 2018). O uso de intérpretes, adaptação cultural das práticas e treinamento em comunicação virtual podem promover interações mais assertivas e empáticas (Gurp *et al.*, 2015; Radtke *et al.*, 2012). Investir nessas ações contribui para uma atenção mais acolhedora e efetiva, beneficiando tanto os pacientes quanto os sistemas de saúde.

## **Valorização da Dignidade Humana nos Serviços de Saúde**

A infraestrutura dos serviços de saúde é um fator determinante na promoção da dignidade dos usuários durante o processo assistencial. A disponibilidade de recursos materiais e humanos influencia diretamente a qualidade do atendimento e a percepção de respeito por parte dos pacientes. Estudos demonstram que deficiências estruturais, como instalações precárias e escassez de equipamentos, contribuem para experiências humilhantes e insatisfatórias no contato entre profissionais e pacientes (Amporfu *et al.*, 2022). Essas condições comprometem a efetividade do cuidado e reforçam a necessidade de investimentos em infraestrutura adequada.

Disparidades regionais evidenciam diferenças significativas na qualidade percebida dos serviços de saúde entre áreas urbanas e rurais. Unidades localizadas em zonas rurais frequentemente enfrentam déficits em equipamentos e pessoal qualificado, resultando em atendimentos com menor grau de respeitabilidade (Mwaisengela, 2025). Em contraste, os serviços urbanos geralmente dispõem de melhores condições estruturais, refletindo em uma experiência mais positiva e acolhedora por parte dos usuários (Efendi *et al.*, 2019).

Fatores socioeconômicos também moldam a relação entre infraestrutura e tratamento digno. Populações em situação de vulnerabilidade muitas vezes têm acesso limitado a unidades bem equipadas, exacerbando sentimentos de exclusão e desrespeito durante o atendimento (Eke *et al.*, 2021). Esse cenário se traduz em experiências que não correspondem às expectativas mínimas

de atenção, afetando negativamente a satisfação e confiança dos usuários no sistema (Laksono & Wulandari, 2019).

A gestão eficiente dos serviços e a capacitação dos profissionais são componentes essenciais para assegurar a dignidade dos pacientes. Laksono e Wulandari (2020) destacam que parturientes em áreas urbanas relatam maior nível de satisfação em comparação com aquelas atendidas em ambientes rurais. Além disso, unidades com infraestrutura adequada tendem a contar com equipes mais preparadas, favorecendo um cuidado mais humano e empático (Fatma & Ramamohan, 2022).

Políticas públicas devem priorizar a melhoria das condições físicas e organizacionais dos serviços de saúde como forma de promover equidade e respeito à dignidade. Iniciativas em países como o Irã revelam que desigualdades na distribuição de leitos hospitalares impactam negativamente a acessibilidade e a qualidade do cuidado (Chavehpour *et al.*, 2019). Investir em infraestrutura e formação contínua dos profissionais é fundamental para garantir um atendimento justo, humanizado e centrado nas necessidades dos usuários.

## **Agradecimentos**

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus orientadores, pela paciência, apoio técnico-científico e incentivo ao longo de todo o desenvolvimento deste trabalho. Seu olhar crítico e conhecimento foram fundamentais para a construção e aprimoramento da pesquisa.

Agradeço também aos profissionais e instituições que contribuíram direta ou indiretamente com os estudos referenciados, cujas experiências e dados subsidiaram a reflexão e análise aqui apresentadas.

Por fim, reconheço o apoio de familiares e colegas de estudo, que proporcionaram um ambiente favorável ao desenvolvimento acadêmico e à manutenção da motivação durante todo o processo de elaboração deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

- BARBOSA, M.; SANTOS, P.; CARVALHO, C.; VIANA, M.; VERAS, J.; BATISTA, P. Atuação da equipe de enfermagem da atenção primária à saúde frente a violência contra a mulher. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 5, p. e10281, 2022.
- GONZALEZ, L.; NASCIMENTO, K. Manejo da adesão a tratamentos de doenças crônicas: experiências de agentes comunitários de saúde. **Revista Pró-Universus**, v. 11, n. 2, p. 10-18, 2020.
- MARCELINO, K. A comunicação não violenta como método de escuta ativa. **Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman (ABO)**, v. 5, n. 1, p. 31-46, 2022.
- NEVES, T. *et al.* A atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem ao paciente hematológico: um relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e15810413916, 2021.
- OLIVEIRA, M. *et al.* A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 6, n. 2, p. 33, 2018.
- PAULO, S. Tecnologia e humanização: o cuidado intensivo na prática. p. 192-201, 2024.
- RUWEL, A. *et al.* Comorbidades psiquiátricas em pacientes com queixas gastrointestinais: relato de caso sobre a importância da medicina centrada na pessoa. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 4, p. 2632-2643, 2024.
- SANTOS, T.; SAIDEL, M. Representações sociais de profissionais da saúde da atenção primária sobre o cuidado de pessoas com transtornos mentais. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 6, p. e4286, 2024.
- BEZERRA, J. *et al.* Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida na hemofilia: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. e448111130318, 2022.
- CLAUDINO, F. *et al.* Associação entre empatia e personalidade em estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, 2020.
- DESCALÇO, N.; AFONSO, P. Adesão à terapêutica nos doentes com esquizofrenia: uma revisão da literatura. **Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental**, n. 3, p. 25-33, 2018.
- NASCIMENTO, H. *et al.* Análise dos níveis de empatia de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 152-160, 2018.
- PAIVA, A. *et al.* Avaliação da empatia nos médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano em Alfenas, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 296-304, 2019.
- RAMOS, A. *et al.* Associação entre expectativa de autoeficácia e adesão ao tratamento antirretroviral em adultos com HIV. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e494101321376, 2021.
- SANTANA, C. *et al.* Percepção das vulnerabilidades associadas a adesão ao tratamento por adolescentes em hemodiálise. **Itinerarius Reflectionis**, v. 17, n. 1, p. 1-16, 2020.
- SILVA, I. *et al.* Letramento em saúde e adesão ao tratamento farmacológico de pessoas com hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 6, 2022.
- SÁ, A. *et al.* Influência do letramento funcional em saúde na adesão ao tratamento com antidepressivos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022.
- CARVALHO, M.; ZERBETO, A.; CHUN, R. Linguagem, interação e vulnerabilidade comunicativa na relação de cuidado ao paciente. **Distúrbios da Comunicação**, v. 34, n. 2, p. e54339, 2022.
- CASTRO, E. *et al.* Comunicação em oncologia: uma análise qualitativa sob o enfoque psicanalítico. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 2, p. 349, 2016.

CORTEZ, E. *et al.* O acolhimento dos portadores de sofrimento mental na estratégia saúde da família. **Conexão Ciência** (Online), v. 11, n. 2, p. 17-23, 2016.

ENGELHORN, C. O uso do role-play no ensino da técnica de anamnese e de habilidades de comunicação para estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 178-183, 2019.

GABARRA, L.; CREPALDI, M. A comunicação médico-paciente pediátrico-família na perspectiva da criança. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 65, 2017.

PACHECO, L. *et al.* O processo de comunicação eficaz do enfermeiro com o paciente em cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e747986524, 2020.

SAMPAIO, C. *et al.* Comunicação efetiva na atenção primária sob a ótica de discentes de enfermagem: estudo qualitativo. **Global Academic Nursing Journal**, v. 3, n. 3, 2022.

SANTOS, T. *et al.* Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. **Id on Line Revista de Psicologia**, v. 15, n. 55, p. 159-168, 2021.

CHU, C. *et al.* Rural telemedicine use before and during the COVID-19 pandemic: repeated cross-sectional study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 23, n. 4, p. e26960, 2021.

FLOWER, K. *et al.* Satisfaction with communication in primary care for Spanish-speaking and English-speaking parents. **Academic Pediatrics**, v. 17, n. 4, p. 416-423, 2017.

GOLDEN, S.; NAGESWARAN, S. Caregiver voices. **Clinical Pediatrics**, v. 51, n. 8, p. 723-729, 2012.

GURP, J. *et al.* How outpatient palliative care teleconsultation facilitates empathic patient-professional relationships: a qualitative study. **Plos One**, v. 10, n. 4, p. e0124387, 2015.

KOO, K. *et al.* Unmet needs for clinician engagement and psychological support among mothers of children with craniofacial conditions. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 81, n. 4, p. 978-985, 2023.

MOHAMMADI, F. *et al.* Challenges and barriers to health communication between nurses and patients: a qualitative content analysis. **BMC Nursing**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2021.

OKUNRINTEMI, V. *et al.* Patient-provider communication and its effect on patients' satisfaction and healthcare outcomes. **American Journal of Managed Care**, v. 23, n. 12, p. 55-62, 2017.

ROGERS, C. Tornar-se pessoa. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SANTOS, L. *et al.* A prática da escuta ativa no cuidado de enfermagem ao paciente com sofrimento psíquico. **Revista Cuidarte**, v. 13, n. 2, p. 41-49, 2022.

SHATTELL, M. *et al.* Listening in the therapeutic relationship: the importance of listening from the patient's perspective. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 21, n. 3, p. 180-187, 2007.

SILVA, R.; OLIVEIRA, A. Comunicação terapêutica: a arte de ouvir o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 144-149, 2013.

SILVA, R. *et al.* A comunicação terapêutica na prática de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 12, n. 1, p. e54, 2022.

WANG, Y. *et al.* Investigating the effectiveness of patient-centered communication to enhance patients' trust in physicians: a study of Chinese patients. **Patient Education and Counseling**, v. 104, n. 2, p. 364-370, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health promotion glossary 2021. Geneva: WHO, 2021.

## **MANEJO DAS CRISES EPILÉPTICAS E CONVULSIVAS NA INFÂNCIA: UMA SÍNTESE ATUALIZADA DE EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E ORGANIZACIONAIS**

Kaliny Mendes Hirai  
Universidade Federal do Maranhão(UFMA)

# RESUMO

As crises epilépticas e convulsivas representam emergências neurológicas frequentes e desafiadoras na prática pediátrica. Esta revisão integrativa objetivou identificar e sintetizar os principais achados clínicos, terapêuticos e organizacionais relacionados ao manejo dessas condições na infância. A busca foi realizada nas bases PubMed, SciELO, LILACS e ScienceDirect, além de fontes manuais, abrangendo estudos publicados entre 2015 e 2023. Foram incluídos 13 artigos que abordaram desde o estado de mal epiléptico (EME) até convulsões febris, crises neonatais e aspectos estruturais do cuidado neurocrítico. Evidenciou-se a importância do tratamento precoce e sequencial no EME, conforme protocolos atualizados. O atraso no início terapêutico, especialmente em neonatos, associa-se a pior prognóstico neurológico. Convulsões febris continuam sendo condições benignas, mas demandam educação familiar adequada. Síndromes epilépticas devem ser reconhecidas precocemente para individualização da terapêutica. Tecnologias como a telemedicina e a monitorização contínua mostraram-se promissoras na qualificação da assistência. Conclui-se que o manejo eficaz das crises epilépticas pediátricas requer não apenas conhecimento clínico, mas também investimento em capacitação profissional, estrutura assistencial e estratégias de organização do cuidado centrado na neuroproteção.

**Palavras-chave:** epilepsia infantil; estado de mal epiléptico; convulsão febril; neurocríticos; pediatria.

## INTRODUÇÃO

As crises epilépticas e os estados convulsivos constituem uma das principais emergências neurológicas na infância, exigindo intervenções rápidas, precisas e coordenadas. Desde convulsões febris simples até formas refratárias de estado de mal epiléptico (EME) e crises neonatais associadas a encefalopatia hipóxico-isquêmica, a diversidade de apresentações clínicas reflete a complexidade etiológica e prognóstica desses eventos.

Apesar dos avanços terapêuticos e do desenvolvimento de protocolos baseados em evidências, persistem desafios na identificação precoce, manejo padronizado e mitigação de riscos neurológicos de longo prazo. Além disso, fatores organizacionais e assistenciais, como o acesso a medicamentos, suporte especializado e a utilização de tecnologias como a telemedicina, influenciam diretamente os desfechos clínicos.

A literatura recente, nacional e internacional, tem contribuído com dados epidemiológicos atualizados, revisões sistemáticas e estudos multicêntricos observacionais, que ampliam o entendimento sobre a abordagem integral das crises convulsivas em diferentes contextos pediátricos.

## OBJETIVO

Reunir e sintetizar os principais achados da literatura atual sobre o manejo clínico, terapêutico e organizacional das crises epilépticas e convulsivas em pediatria, com ênfase nas emergências neurológicas (estado de mal epiléptico e crises neonatais), nas particularidades das síndromes epilépticas e convulsões febris, e nas estratégias assistenciais voltadas à melhoria dos desfechos neurológicos e à segurança do cuidado.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada com o objetivo de reunir, analisar e sintetizar as evidências disponíveis sobre o manejo clínico e organizacional das crises epilépticas e convulsivas na população pediátrica.

Essa metodologia permite a incorporação de estudos com diferentes delineamentos, contribuindo para uma compreensão abrangente do tema.

A elaboração da pergunta de pesquisa seguiu a estratégia PICO adaptada para revisões integrativas: Quais são os principais achados clínicos, terapêuticos e organizacionais relacionados ao manejo das crises epilêpticas e convulsivas na população pediátrica?

Foram incluídos artigos publicados entre 2015 e 2024, disponíveis em texto completo, com foco na população pediátrica (neonatal a adolescentes), que abordassem: manejo clínico ou terapêutico de crises epilêpticas e convulsivas; protocolos institucionais ou nacionais para status epilepticus; aspectos epidemiológicos e síndromes epilêpticas na infância; intervenções assistenciais (como uso de telemedicina, estrutura organizacional e acesso a tratamento); estudos em língua portuguesa ou inglesa.

Foram excluídos artigos com foco exclusivo em adultos, relatos de caso isolados e revisões duplicadas de diretrizes já contempladas por outros artigos da amostra.

A busca foi realizada nas bases PubMed, SciELO, LILACS e ScienceDirect, além de consulta manual a revistas brasileiras de pediatria e neurologia reconhecidas (como Revista Residência Pediátrica e Revista Médica da UFC). Foram utilizados os seguintes descritores combinados com operadores booleanos: "convulsões febris" OR "estado de mal epilêptico" OR "epilepsia infantil" AND "pediatria" OR "crises neonatais" OR "tratamento" OR "manejo clínico".

Adicionalmente, foram incluídos artigos de relevância reconhecida já identificados previamente por leitura dirigida, desde que estivessem alinhados aos critérios estabelecidos.

A seleção foi realizada em duas etapas: leitura dos títulos e resumos, seguida da leitura na íntegra dos artigos potencialmente elegíveis. A análise dos dados foi realizada por meio de leitura crítica, com extração das seguintes informações: autoria, ano, tipo de estudo, principais achados clínicos e implicações para o manejo (Quadro 1). A síntese foi organizada de forma descritiva, com agrupamento temático dos resultados para facilitar a integração dos achados.

**Quadro 1:** Caracterização dos artigos que compuseram o corpus de análise.

| Artigo                   | Título                                                            | Tipo de Estudo                                           | Principais Achados e Implicações                                                                                            |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alencar (2015)           | Convulsão febril: aspectos clínicos e terapêuticos                | Revisão narrativa                                        | Reforça o caráter benigno da maioria das convulsões febris e orienta sobre a conduta expectante e educação familiar.        |
| Preux et al. (2015)      | Epidemiology of febrile seizures and epilepsy                     | Comentário com base em revisão narrativa/epidemiológica  | Alerta para a necessidade de vigilância epidemiológica e políticas públicas sobre epilepsia e convulsões febris.            |
| Zuberi & Symonds (2015)  | Update on diagnosis and management of childhood epilepsies        | Revisão narrativa com atualização de diretrizes          | Atualiza conceitos sobre diagnóstico e manejo das epilepsias infantis, destacando o papel da individualização terapêutica.  |
| Au et al. (2017)         | Management protocols for status epilepticus                       | Revisão sistemática                                      | Destaca a importância de protocolos atualizados e bem estruturados no atendimento ao EME pediátrico em emergências.         |
| Liberalesso (2018a)      | Estado de mal epilético: diagnóstico e tratamento                 | Revisão narrativa                                        | Reforça a necessidade de intervenção rápida e escalonada no estado de mal epilético, com protocolos bem definidos.          |
| Liberalesso (2018b)      | Síndromes epiléticas na infância: uma abordagem prática           | Revisão narrativa                                        | Apresenta uma abordagem prática para classificação de síndromes epiléticas, facilitando o diagnóstico e tratamento precoce. |
| Machado et al. (2020)    | The First Unprovoked Seizure in Children                          | Estudo observacional retrospectivo                       | Identifica fatores de risco para recorrência após primeira crise não provocada, recomendando seguimento estruturado.        |
| Numis & Shellhaas (2021) | Neonatal Seizure Management: What Is Timely Treatment?            | Comentário editorial (baseado em estudo de Pavel et al.) | Comenta sobre a importância da precocidade no tratamento das crises neonatais como marcador de qualidade assistencial.      |
| Pavel et al. (2022)      | Neonatal Seizure Management: Is the Timing of Treatment Critical? | Estudo observacional multicêntrico retrospectivo         | Demonstra que o atraso no início do tratamento anticonvulsivante em neonatos está associado a pior atividade cerebral.      |
| Variane et al. (2022)    | Telemedicine for neonatal neurocritical care in Brazil            | Estudo prospectivo observacional multicêntrico           | Evidencia que a telemedicina pode apoiar decisões clínicas e otimizar o cuidado neurocrítico neonatal no Brasil.            |

| Artigo                        | Título                                                              | Tipo de Estudo                                     | Principais Achados e Implicações                                                                                                 |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indarwati et al. (2023)       | Peripheral intravenous catheter insertion, maintenance and outcomes | Estudo transversal de prevalência pontual          | Mostra alta taxa de falhas em acessos venosos periféricos pediátricos, impactando a administração de medicamentos emergenciais.  |
| Ramgopal & Martin-Gill (2023) | Prehospital Seizure Management in Children                          | Estudo observacional transversal com base nacional | Aponta falhas no manejo pré-hospitalar de crises convulsivas infantis e necessidade de padronização de condutas nas emergências. |
| Gowda et al. (2023)           | Magnesium Sulfate in Neonatal Encephalopathy                        | Revisão sistemática com meta-análise               | Sinaliza possível efeito neuroprotetor do magnésio em neonatos com encefalopatia hipóxico-isquêmica, embora ainda inconclusivo.  |

Fonte: Próprio Autor, 2025.

## RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos 13 artigos publicados entre 2015 e 2023, envolvendo estudos observacionais, revisões narrativas, revisões sistemáticas e estudos multicêntricos, nacionais e internacionais. Os resultados foram agrupados em três eixos temáticos principais: (1) manejo clínico e terapêutico do estado de mal epiléptico e crises refratárias; (2) convulsões febris, síndromes epiléticas e primeira crise; e (3) aspectos organizacionais e assistenciais no cuidado neurocrítico pediátrico.

### *1. Estado de mal epiléptico e crises refratárias: necessidade de tratamento precoce e protocolos padronizados*

O manejo do estado de mal epiléptico (EME) foi amplamente discutido nos artigos de Liberalesso (2018) e Au *et al.* (2017). Ambos reforçam a importância da administração precoce de benzodiazepínicos, seguida por anticonvulsivantes de segunda linha como levetiracetam, fenitoína ou ácido valproico. A revisão sistemática de Au *et al.* apontou que a ausência de protocolos institucionais unificadas ainda compromete a eficácia do tratamento em emergências pediátricas.

No cenário pré-hospitalar, Ramgopal e Martin-Gill (2023) analisaram um banco de dados nacional norte-americano e encontraram subutilização

de anticonvulsivantes por serviços de emergência, especialmente em crianças pequenas, apontando atrasos significativos no início terapêutico.

No contexto neonatal, os estudos de Pavel *et al.* (2022) e Numis & Shellhaas (2021) destacam a relevância do tempo para início do tratamento. A administração precoce de anticonvulsivantes em recém-nascidos com crises eletrográficas mostrou correlação com melhores padrões de atividade cerebral e menor risco de sequelas neurológicas.

### *2. Convulsões febris, síndromes epiléticas e primeira crise: aspectos clínicos e prognósticos*

As convulsões febris foram abordadas por Alencar (2015) e Preux *et al.* (2015), que reforçam seu caráter benigno na maioria dos casos, sendo o tratamento profilático raramente indicado. Ressalta-se a importância da educação familiar e do acompanhamento adequado em casos atípicos ou com recorrência.

Liberalesso (2018), em outro artigo, oferece uma abordagem prática para o diagnóstico das síndromes epiléticas na infância, agrupando-as conforme faixa etária, tipo de crise e comorbidades, o que facilita o diagnóstico sintomático precoce e individualização terapêutica. Esse achado é reforçado por Zuberi e Symonds (2015), que destacam a importância de um diagnóstico preciso para definição de prognóstico e indicação terapêutica racional.

O estudo nacional de Machado *et al.* (2020), por sua vez, avaliou crianças com primeira crise não provocada, revelando que alterações no EEG, história familiar positiva e idade inferior a 3 anos estão associadas a maior risco de recorrência, indicando a necessidade de seguimento ambulatorial estruturado.

### *3. Aspectos assistenciais, organizacionais e tecnológicos no manejo neurocrítico*

Variane *et al.* (2022) relataram os resultados de uma iniciativa brasileira de telemedicina para suporte a unidades neonatais com foco em neurocríticos, demonstrando a viabilidade e os benefícios da avaliação remota por especialistas para diagnóstico de crises e indicação terapêutica oportuna.

Já a revisão sistemática de Gowda *et al.* (2023) investigou o uso de sulfato de magnésio em neonatos com encefalopatia hipóxico-isquêmica, sugerindo

potencial neuroproteção e redução da incidência de crises, embora os dados ainda sejam inconclusivos para recomendações definitivas.

Indarwati *et al.* (2023), em um estudo transversal realizado em hospitais pediátricos da Indonésia, destacaram a importância da manutenção adequada de acessos venosos periféricos, revelando alto índice de complicações e dificuldades que interferem na administração de anticonvulsivantes de emergência — aspecto crítico para segurança e eficácia do cuidado.

## DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão integrativa evidenciam que, embora existam avanços significativos no reconhecimento e tratamento das crises epiléticas e convulsivas na infância, persistem lacunas críticas no tempo de resposta, padronização de condutas e organização assistencial, especialmente em cenários de emergência e cuidado intensivo.

O estado de mal epilético (EME) representa uma das formas mais graves de emergência neurológica, com risco elevado de morbidade se não tratado prontamente. Os achados de Liberalesso (2018) e Au *et al.* (2017) corroboram a necessidade de condutas sequenciais e bem definidas, que incluam benzodiazepínicos na primeira linha e anticonvulsivantes de ação prolongada na sequência. No entanto, a literatura revela significativa variabilidade na adoção desses protocolos, tanto em serviços de emergência quanto em contextos hospitalares, o que pode comprometer a eficácia da terapêutica. Isso é reforçado por Ramgopal e Martin-Gill (2023), ao identificarem falhas frequentes na administração de anticonvulsivantes por equipes pré-hospitalares, apontando para a necessidade urgente de educação continuada e integração entre os níveis de atenção.

No contexto neonatal, o tempo de início do tratamento anticonvulsivante mostrou ser um marcador de qualidade assistencial. Estudos de Pavel *et al.* (2022) e Numis & Shellhaas (2021) destacam que atrasos no tratamento estão associados a alterações eletrográficas persistentes e possíveis prejuízos neurocognitivos futuros. Este achado está em consonância com os princípios da neuroproteção precoce e reforça a importância de detecção rápida por meio de monitorização contínua e suporte especializado, como proposto por Variane

*et al.* (2022), que demonstraram bons resultados com o uso da telemedicina neurocrítica em unidades neonatais no Brasil.

No que tange às convulsões febris e síndromes epiléticas, os dados de Alencar (2015) e Preux *et al.* (2015) reafirmam que a maioria dos episódios febris é autolimitada, sendo fundamental evitar intervenções medicamentosas desnecessárias e priorizar a educação familiar. Por outro lado, a correta identificação de síndromes epiléticas específicas, como abordado por Liberalesso (2018) e Zuberi & Symonds (2015), possibilita condutas mais precisas e melhor prognóstico a longo prazo, especialmente em síndromes genéticas ou farmacorresponsivas.

O estudo nacional de Machado *et al.* (2020) também traz importante contribuição ao destacar fatores de risco para recorrência após a primeira crise não provocada. A estratificação de risco com base em achados eletroencefalográficos e história familiar permite planejamento mais racional do seguimento, evitando tanto o subtratamento quanto o uso precoce de medicações desnecessárias.

Por fim, os aspectos organizacionais e assistenciais aparecem como fatores determinantes na eficácia do manejo. O trabalho de Indarwati *et al.* (2023) alerta para a importância da qualidade dos dispositivos de acesso venoso periférico na administração de anticonvulsivantes, evidenciando que falhas técnicas podem comprometer a efetividade do tratamento. Da mesma forma, a metanálise de Gowda *et al.* (2023) aponta caminhos promissores com o uso adjuvante de sulfato de magnésio em neonatos com encefalopatia hipóxico-isquêmica, embora os dados ainda demandem validação adicional.

Dessa forma, a presente revisão destaca a interdependência entre aspectos clínicos, estruturais e organizacionais na resposta a crises convulsivas pediátricas. Protocolos atualizados, capacitação das equipes e tecnologias assistenciais (como EEG contínuo e telemedicina) emergem como componentes fundamentais de uma abordagem integrada e centrada na neuroproteção infantil.

## REFERÊNCIAS

Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo). 2010;8(1):102–6. Available from: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/>. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134

Liberalesso PBN. Estado de mal epiléptico: diagnóstico e tratamento. **Resid Pediatr.** 2018;8(Suppl 1):35–9. Available from: <https://residenciapediatrica.com.br/detalhes/339/estado%20de%20mal%20epileptico-%20diagnostico%20e%20tratamento>. DOI: 10.25060/residpediatr-2018.v8s1-06

Liberalesso PBN. Síndromes epiléticas na infância: uma abordagem prática. **Resid Pediatr.** 2018;8(Suppl 1):56–63. Available from: <https://residenciapediatrica.com.br/detalhes/343/sindromes%20epilepticas%20na%20infancia-%20uma%20abordagem%20pratica>? DOI: 10.25060/residpediatr-2018.v8s1-10

Pavel AM, Rennie JM, de Vries LS, Blennow M, Foran A, Shah DK, Pressler RM, Kapellou O, Dempsey EM, Mathieson SR, Pavlidis E, Weeke LC, Livingstone V, Murray DM, Marnane WP, Boylan, GB. Neonatal Seizure Management: Is the Timing of Treatment Critical? **J Pediatr.** 2022 Apr;243:61–68. Available from: <https://www.jpeds.com/article/S0022-3476%2821%2901173-2/fulltext?> DOI: 10.1016/j.jpeds.2021.09.058

Indarwati F, Munday J, Keogh S. Peripheral intravenous catheter insertion, maintenance and outcomes in Indonesian paediatric hospital settings: A point prevalence study. **J Pediatr Nurs.** 2023 Nov-Dec;73:106–112. Available from: <https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963%2823%2900212-9/fulltext?> DOI: 10.1016/j.pedn.2023.08.009.

Alencar SP. Convulsão febril: aspectos clínicos e terapêuticos. **Rev Med UFC.** 2015;55(1):38–42. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/291949204\\_Convulsao\\_febril\\_aspectos\\_clinicos\\_e\\_terapeuticos\\_Artigo\\_de\\_revisao](https://www.researchgate.net/publication/291949204_Convulsao_febril_aspectos_clinicos_e_terapeuticos_Artigo_de_revisao). DOI:10.20513/2447-6595.2015v55n1p38-42

Ramgopal S, Martin-Gill, C. Prehospital Seizure Management in Children: An Evaluation of a Nationally Representative Sample. **The Journal of Pediatrics**; 257: 113379, 2023. Available from: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(23\)00138-5/abstract](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(23)00138-5/abstract). DOI: 10.1016/j.jpeds.2023.02.023.

Au CC, Branco RG, Tasker RC. Management protocols for status epilepticus in the pediatric emergency room: systematic review article. **J Pediatr (Rio J)** [Internet]. 2017;93:84–94. Available from: <https://www.scielo.br/j/jped/a/xcvXrtjVF7CZHc35GrgZ6Jr/> DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.08.004>.

Preux PM, Ratsimbazafy V, Jost J. Epidemiology of febrile seizures and epilepsy: a call for action. **J Pediatr (Rio J)**. 2015. Nov; 91 (6): 512–4. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755715001254?via%3Dihub>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.08.003>

Numis AL, Shellhaas, RA. Neonatal Seizure Management: What Is Timely Treatment and Does It Influence Neurodevelopment? **The Journal of Pediatrics**, Volume 243, 7 – 8. Available from: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(21\)01173-2/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(21)01173-2/fulltext). DOI: 10.1016/j.jpeds.2021.12.004

Machado MR, Bruck I, de Paola L, Cat MNL, Antoniuk SA, Silvado CES. The First Unprovoked Seizure in Typically Developing Children: A Real-Life Setting in Southern Brazil. **Clinical EEG and Neuroscience.** 2020;52(6):455–461. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1550059420965391>. DOI: <https://doi.org/10.1177/1550059420965391>.

Variane GFT, Magalhães M, Pietrobom RFR, Netto A, Rodrigues DP, Gasperini R, Sant'Anna, GM. Protecting brains and saving futures guidelines: A prospective, multicenter, and observational study on the use of telemedicine for neonatal neurocritical care in Brazil. **PLoS One.** 2022 Jan 12;17(1). Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0262581>. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262581>

Zuberi SM, Symonds JD. Update on diagnosis and management of childhood epilepsies. **J Pediatr (Rio J)**. 2015 Nov-Dec;91(6 Suppl 1):S67–77. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755715001229?via%3Dihub>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.07.003>

Gowda BB, Rath C, Muthusamy S, Nagarajan L, Rao S. Outcomes of Neonates with Hypoxic-Ischemic Encephalopathy Treated with Magnesium Sulfate: A Systematic Review with Meta-analysis. **The Journal of Pediatrics**; 262: 113610, 2023. Available from: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(23\)00473-0/abstract](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(23)00473-0/abstract). DOI: 10.1016/j.jpeds.2023.113610

## **O IMPACTO EMOCIONAL DO AVC NO ADULTO JOVEM - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**Filipa Bancaleiro Fachadas**

Escola Superior de Saúde de Beja – Instituto  
Politécnico de Beja

**Rogério Manuel Ferrinho Ferreira**

Escola Superior de Saúde de Beja – Instituto  
Politécnico de Beja

**Ana Filipa de Sousa Valente**

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

# RESUMO

**Objetivo:** O objetivo norteador deste estudo consiste em compreender o impacto emocional do AVC no doente adulto jovem. **Métodos:** Foi efetuada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) utilizando a metodologia PI[C]O com vista à formulação da pergunta de investigação e sustentada pela metodologia de Toronto e Remington (2020). Realizaram-se as pesquisas na base de dados MEDLINE *Ultimate* e CINAHL *Ultimate*. Foram estabelecidos critérios de inclusão e após *screening* dos artigos apurados incluíram-se cinco que serviram de base à reflexão deste estudo. **Resultados:** Referente aos estudos selecionados, os mesmos apresentam resultados bem definidos quanto ao impacto emocional negativo, e por vezes incapacitante, vivido pelos doentes após o episódio de Acidente Vascular Cerebral. **Discussão:** O estudo expõe a necessidade de um apoio constante e individual aos doentes, com vista a ver diminuídos sentimentos negativos decorrentes do seu grau de incapacidade condicionado pelo episódio de AVC, assumindo-se ainda uma influência negativa entre estes sentimentos e a recuperação funcional dos doentes. **Conclusão:** Identificou-se que a depressão pós AVC é uma manifestação emocional recorrente no adulto jovem, associando-se de forma significativa à deterioração funcional, à diminuição da qualidade de vida e à menor adesão aos processos de reabilitação.

**Palavras-chave:** AVC; depressão; impacto emocional; impacto psicossocial.

## INTRODUÇÃO

Em Portugal, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui uma das principais causas de morte e de incapacidade prolongada, pressupõem-se que a cada hora, três portugueses sofrem um AVC, um não sobreviverá e outros dois ficarão gravemente incapacitados (FONSECA, 2021).

O AVC é considerado uma das causas principais de incapacidade em adultos, bem como um dos maiores causadores de alterações humorais num período pós-AVC (Global Burden of Disease [GBD], 2019).

De acordo com a American Stroke Association (ASA) ([ASA], 2022), o AVC isquémico constitui a forma mais prevalente de AVC, representando aproximadamente 87% de todos os casos. Este tipo de AVC resulta da interrupção do fluxo sanguíneo cerebral devido à obstrução de um vaso sanguíneo. A principal etiologia subjacente a esta obstrução é a aterosclerose, caracterizada pela acumulação de placas de ateroma nas paredes das artérias. Esta deposição lipídica pode originar dois mecanismos distintos de oclusão vascular, quando a formação do trombo ocorre localmente no interior de um vaso cerebral, trata-se de um evento isquémico de natureza trombótica, por outro lado, se o coágulo se formar noutra parte do sistema circulatório e for transportado pela corrente sanguínea até ao cérebro, provocando a obstrução de um vaso cerebral, configura-se um evento isquémico de tipo embólico.

Quando comparado com o AVC isquémico, o AVC hemorrágico traduz uma prevalência menor, representa cerca de 13% dos casos totais de AVC, a sua ocorrência deve-se à rotura e consequente sangramento de um vaso na área cerebral, o sangue acumula-se nesta área o que leva à compressão do tecido cerebral circundante. Quando a hemorragia ocorre dentro do cérebro, o AVC classifica-se como intracerebral, caso ocorra no espaço subaracnoide, é considerado um AVC hemorrágico subaracnoideo. Ainda que menos frequente, o AVC hemorrágico expõe sequelas mais graves quando comparado com o AVC isquémico (ASA, 2022).

A nível mundial, assume-se que um terço das vítimas de AVC sofrem este incidente em idade ativa (FEIGIN *et al.* 2014). Segundo MAAIJWEE *et al.* (2016) o AVC pode originar consequências duradouras, incluindo défices ao nível da função física, mental e cognitiva. Nos indivíduos em idade produtiva,

os programas de reabilitação assumem particular relevância, dada a sua maior esperança média de vida e o potencial impacto prolongado da condição. Adicionalmente, a presença de perturbações do humor em pacientes mais jovens tem sido associada a uma recuperação funcional menos favorável ao longo do tempo.

Existindo uma panóplia de resultados unânimes no que respeita a esta temática é possível responder de forma clara ao objetivo delineado, devendo dar um destaque significativo ao papel do Enfermeiro no apoio à pessoa com estas características emocionais após o episódio de AVC.

## MÉTODOS

A condução de uma revisão orientada para a prática baseada na evidência requer a definição de um processo rigoroso e estruturado, sendo que a relevância e a formulação adequada da questão de pesquisa constituem fatores determinantes para a obtenção de resultados válidos e significativos. (SOUSA *et al.*, 2018).

De modo a obter produção científica relativa ao objetivo delineado para a presente RIL, foi utilizado o acrónimo PI[C]O (População (P), Intervenção (I), Comparação C, *Outcomes*/Resultados (O)) para a formulação da questão de investigação, estando a mesma descrita na Tabela 1.

**Tabela 1.** Questão de Investigação.

| Quais as alterações emocionais vividas pela pessoa jovem adulta com episódio de Acidente Vascular Cerebral? |                                         |                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| P                                                                                                           | População                               | Pessoas adultas jovens com episódio de Acidente Vascular Cerebral;                                 |
| I                                                                                                           | Intervenção/Fenómeno de interesse       | Acidente Vascular Cerebral                                                                         |
| C                                                                                                           | Comparação (pode estar presente ou não) | _____                                                                                              |
| O                                                                                                           | Outcomes/Resultados                     | Alterações emocionais vividas pela pessoa adulta jovem com episódio de Acidente Vascular Cerebral. |

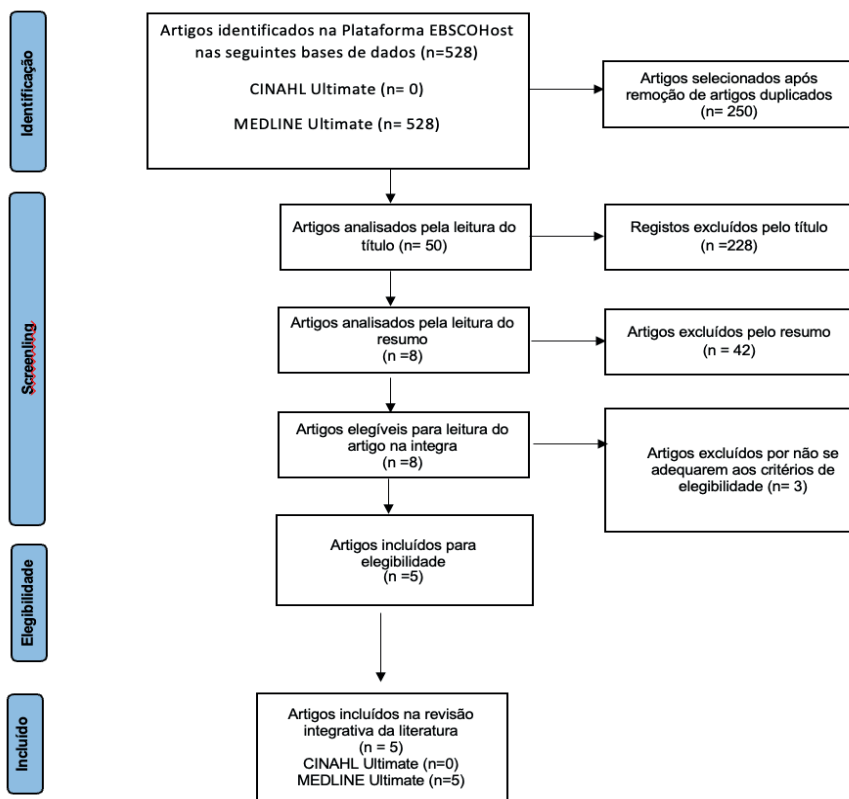
Após a formulação da questão de investigação, procedeu-se à discriminação dos seguintes *Medical Subject Headings* (MeSH), para possibilitar a

uniformização dos termos utilizados na pesquisa na plataforma EBSCOHost Web: “Stroke”, “Depression”, “Emotional impact”, “Psychosocial impact”.

A delineação e elaboração da estratégia de pesquisa contou com algumas barreiras que tornaram esta etapa desafiante e gratificante. A colheita de dados foi desenvolvida durante o mês de março de 2025, através da plataforma EBSCOHost Web, na qual foi incluída a base de dados MEDLINE Ultimate e CINAHL Ultimate. Foram introduzidos os descritores MesSH anteriormente referidos, organizados com base nos operadores booleanos “AND” e “OR” com a seguinte disposição: [(“Stroke”)] AND [(“Depression” OR “Emotional impact” OR “Psychosocial impact”)] .

A criação de critérios de inclusão e exclusão permitem pautar a pesquisa e possibilitar uma seleção correta dos artigos, com vista a ampliar o rigor dos resultados relacionados com a questão anteriormente definida. Contou ainda com a aplicação de critérios de inclusão tais como, texto integral, data de publicação nos últimos 12 meses, *peer reviewed* e pelo idioma espanhol, inglês e português; estudos primários ou de revisões da literatura. Posteriormente a este processo, foram obtidos 528 artigos na MEDLINE *Ultimate*, sem nenhum disponível na CINAHL *Ultimate*. O processo encontrasse detalhado na figura 1. Perante os Critérios de Exclusão, foram excluídos artigos que não se associam à problemática, que se encontravam repetidos em bases de dados consultadas, sem texto disponível na íntegra (*full-text*) e com metodologia que pudesse suscitar dúvida. Desta forma foram removidos 250 artigos duplicados, restando 278 artigos. Posteriormente procedeu-se à leitura do título, excluindo-se 228 artigos, restando 50. Após leitura do resumo excluíram-se 42 artigos. Procedeu-se à leitura integral dos 8 artigos, excluindo-se 3, ficando apenas com 5 artigos para integrar a análise do estudo. Seguiram-se as etapas propostas por *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) *Flow Diagram*, tal como se segue na figura 1.

**Figura 1.** PRISMA Flow Diagram 2020.



**Fonte -** <https://www.prisma-statement.or>.

À posteriori, com vista a desenvolver uma Prática Baseada na Evidência (PBE), tornou-se imprescindível a percepção do nível de evidência de cada estudo selecionado, através da avaliação crítica ou da análise da sua metodologia (Joana Briggs Institute [JBI], 2014). Foi utilizado o JBI *Levels of Evidence* (2020), que se encontra detalhado no Anexo I, para proceder à avaliação do nível de evidência de cada estudo, que se apresenta detalhado na Apêndice I.

A escolha deste método para a avaliação deve-se à sua perspetiva mais ampla sobre o que pode ser considerado evidência na prática, tendo inclusive desenvolvido os seus próprios níveis de evidência e graus de recomendação (JBI, 2014).

RESULTADOS

A extração da informação mais relevante dos estudos incluídos permite identificar achados relevantes sobre a temática o que vai dar origem à melhor e mais recente análise do tema (SOUZA *et al.*, 2010). Para esse efeito, é fundamental recorrer a um instrumento previamente estruturado. Assim, foi elaborada a tabela 2, com o objetivo de identificar e organizar informações como os autores, ano de publicação, país, tipo de estudo, objetivo, população/amostra, instrumentos de recolha de dados/contexto e as principais conclusões dos artigos selecionados.

Tabela 2. Resultados da pesquisa.

| Estudo 1. LI, Y. et al. The relationship between psychological distress and frailty in stroke patients: the mediating effect of depression, 2025.<br>Tipo: Estudo Caso Controlo |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo                                                                                                                                                                        | População/Amostra                                                                                                                                                               | Instrumentos de colheita de dados/Contexto                                                                                                                                                                                                                                             | Resultados e Conclusões                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Determinar a relação entre o sofrimento psicológico, a fragilidade e a depressão em doentes com AVC.                                                                            | Foi desenvolvido no período compreendido entre maio e outubro de 2024, tendo incluído 315 doentes com AVC nas províncias de Shandong e Liaoning, selecionados por conveniência. | Neste estudo foram utilizadas três escalas validadas que visam medir uma variável central da investigação (sofrimento psicológico, depressão e fragilidade), sendo elas as seguintes: Geriatric Depression Scale – GDS -15; Distress Thermometer (DT); Tilburg Frailty Indicator (TFI) | Este estudo demonstra que a depressão se correlaciona positivamente com o sofrimento psicológico e a fragilidade em pacientes com AVC, atuando como mediadora entre ambos. O sofrimento psicológico e a fragilidade comprometem a adesão ao tratamento e dificultam a recuperação funcional. Assim, a avaliação precoce do sofrimento psicológico é essencial para prevenir a depressão e atenuar a fragilidade, promovendo uma melhor qualidade de vida e reabilitação dos doentes. |

| <b>Estudo 2. NIPAPORN BUTSING et al. Association between post-stroke depression and functional outcomes: A systematic review, 2024</b><br><b>Tipo: Revisão sistemática (com estudos coorte e outros estudos)</b> |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>                                                                                                                                                                                                  | <b>População/Amostra</b>                                                                                                                                                                               | <b>Instrumentos de colheita de dados/Contexto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Resultados e Conclusões</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Investigar a prevalência de depressão pós-AVC bem como a sua associação ao desempenho funcional do doente.                                                                                                       | Doentes jovens adultos que sofreram AVC, sendo os dados extraídos de 21 estudos não experimentais (16 estudos de coorte, 4 estudos transversais e 1 caso-controlo) incluídos numa revisão sistemática. | Este estudo compilou e analisou instrumentos utilizados nos 21 estudos, tais como: Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Becj Depression Inventory (BDI), Self-Rating Depression Scale (SDS), Geriatric Depression Scale (GDS), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Montgomery-Asberg Depression Rating Sacel (MADR-S-J), Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Cornell Scale for Depression (CDS), Stroke Aphasia Depressio Questionnaire (SADQ), PHQ-2/PHQ-8, Modified Ranking Scale (mRS), Barthel Index (BI)/ Modified Barthel Index (mBI), Lawton IADL/ Frenchay Activities Index (FAI) e Functional Independence Measure (FIM). | Esta revisão sistemática conclui que a depressão pós-acidente vascular cerebral (PSD) é uma condição frequente, particularmente nos primeiros três meses após o evento, e está significativamente associada a piores resultados funcionais em múltiplos domínios, incluindo o grau de dependência, as atividades básicas e instrumentais da vida diária e a função física e cognitiva. Mesmo após o controlo de variáveis como idade, severidade do AVC e comorbilidades, a PSD mantém-se como um preditor independente de recuperação funcional comprometida. Assim, a avaliação sistemática e precoce da depressão em sobreviventes de AVC revela-se essencial para a implementação de intervenções terapêuticas eficazes que visem otimizar a reabilitação, promover a autonomia e melhorar a qualidade de vida. |

**Estudo 3. ERMIYAS YEMANE DEBEBE et al. Prevalence and associated factors of post-stroke depression among patients on follow-up at medical referral clinics of Bahir Dar city public specialized hospitals, 2024.**

**Tipo: Estudo transversal**

| Objetivo                                                                                                                                                                                                                                         | População/Amostra                                                                                                     | Instrumentos de coleta de dados/Contexto                                                                                                                                                                                                               | Resultados Conclusões                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificar variáveis sociodemográficas, clínicas, comportamentais e psicossociais associadas ao desenvolvimento de depressão pós-AVC com o intuito de contribuir para a detecção precoce e gestão adequada desta complicação neuropsiquiátrica. | Doentes adultos com história de AVC seguidos em hospitais públicos especializados da cidade de Bahir-Dar, na Etiópia. | Foram utilizadas as seguintes escalas: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Modified Ranking Scale (mRS). Foi ainda utilizado o Questionário CAGE para rastrear o abuso de álcool bem como um questionário com informações específicas dos doentes. | O estudo concluiu que a prevalência de depressão pós-acidente vascular cerebral entre os doentes seguidos nas consultas de neurologia dos hospitais públicos de Bahir Dar é elevada, atingindo 42,9%. Foram identificados como fatores significativamente associados à ocorrência de depressão pós-AVC: histórico prévio de depressão, presença de cardiopatia isquêmica, e graus mais elevados de incapacidade física. Por outro lado, estar empregado revelou-se um fator protetor. Estes resultados reforçam a necessidade de uma avaliação sistemática e abrangente dos doentes com AVC, incorporando instrumentos validados para rastreio de depressão, de modo a possibilitar intervenções precoces que favoreçam a reabilitação e a melhoria da qualidade de vida dos doentes. |

| <b>Estudo 4. WANG, J. et al. Impact of rehabilitation adherence and depressive symptoms on post-stroke self-care ability and quality of life: a longitudinal study. Topics in stroke rehabilitation, 2024.</b><br><b>Tipo: Estudo longitudinal prospectivo</b> |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>                                                                                                                                                                                                                                                | <b>População/Amostra</b>                                                                                                                                           | <b>Instrumentos de coleta de dados/Contexto</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Resultados Conclusões</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Explorar a influência entre a adesão à reabilitação e os sintomas depressivos pós-AVC nas atividades de vida diárias e na qualidade de vida do doente com AVC.                                                                                                 | 75 doentes com diagnóstico recente de AVC (isquêmico ou hemorrágico), recrutados através de amostragem por convivência na unidade de AVC de um hospital em Taiwan. | Foi utilizada a escala de um único item autorrelatada "Realizou os exercícios de reabilitação conforme recomendação do profissional no dia anterior?", a <i>Taiwanese Depression Scale (TDS)</i> , a <i>Barthel Index</i> , a <i>Lawton-Brody Scale</i> e a <i>WHOQOL-BREF</i> . | Existe uma forte correspondência entre pior prognóstico referente à reabilitação e alterações emocionais negativas. Desta forma conclui-se que existe uma acentuada prevalência de sintomas depressivos em pessoas jovens adultas com episódio de AVC o que irá condicionar um processo de reabilitação funcional positivo.                                                                                                                  |
| <b>Estudo 5. ISLAM, M. J. et al. Disability and depression among stroke survivors attending rehabilitation facilities at three designated tertiary care hospitals in Bangladesh: A cross-sectional study, 2025.</b><br><b>Tipo: Estudo transversal</b>         |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Objetivo</b>                                                                                                                                                                                                                                                | <b>População/Amostra</b>                                                                                                                                           | <b>Instrumentos de coleta de dados/Contexto</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Resultados Conclusões</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Avaliar a prevalência e os preditores de depressão entre doentes com diagnóstico recente de AVC.                                                                                                                                                               | 725 doentes com diagnóstico recente de AVC seguidos em três hospitais de Sylhet entre Janeiro e dezembro de 2023.                                                  | Foram utilizadas as escalas <i>Patient Health Questionnaire-9</i> e a <i>Modified Rankin Scale</i> .                                                                                                                                                                             | O presente estudo comprova a existência de alterações emocionais significativas em pessoas com episódio de AVC destacando-se a depressão. Desta forma, são destacados como principais fatores de risco para ocorrência de depressão pós-AVC identificados, foram o suporte familiar, a estabilidade financeira, a cessação tabágica, prevenção de fatores de risco predisponentes de AVC e deterioração do nível de dependência dos doentes. |

## DISCUSSÃO

Uma vez que o estudo teve como finalidade identificar o estado atual do conhecimento referente a uma temática específica, através da identificação, análise e síntese de resultados provenientes de estudos independentes, nesta fase e após a interpretação e integração dos achados dos estudos incluídos,

proceder-se-á à sua comparação, permitindo evidenciar convergências, divergências e padrões emergentes nos dados (SOUZA *et al.*, 2010).

Os 5 artigos incluídos no estudo, são oriundos de diversos países, entre eles China, Tailândia, Etiópia, Taiwan e Bangladesh. A diversidade da amostragem dos estudos permite-nos um amplo espectro de perspectivas analisadas. Neste estudo incluíram-se artigos recentes com publicações entre 2024 e 2025. Trata-se de dois Estudos Transversais, um Estudo Caso Controlo, um Estudo Longitudinal Prospetivo e uma Revisão Sistemática da Literatura com estudos Coorte e outros estudos. Para o desenvolvimento dos estudos foram utilizados diferentes instrumentos de avaliação, destacando a *Modified Renking Scale* (mRS) que é uma escala de graduação que avalia o grau de incapacidade funcional após um acidente vascular cerebral, sendo útil para medir a independência nas atividades da vida diária (VAN SWIETEN *et al.*, 1988), a *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) que é um questionário de autorresposta composto por nove itens que permite rastrear e monitorizar a gravidade da depressão, sendo validado em diversos contextos clínicos (KROENKE *et al.*, 2001), a *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS-J) é uma adaptação da Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, uma escala clínica estruturada que avalia a gravidade da depressão com base na observação do profissional (TAKAHASHI *et al.*, 2004) e a *Modified Barthel Index* (mBI) que é uma versão modificada do Índice de Barthel, que mede a capacidade do indivíduo em realizar atividades básicas do dia a dia, sendo especialmente útil em contextos de reabilitação (SHAH *et al.*, 1989). Posteriormente à análise e leitura integral dos artigos, foi possível obter dados que vão de encontro à resposta à indagação inicial do estudo. Assim, ao longo deste capítulo serão abordadas as evidências relativas ao impacto psicológico, emocional e psicossocial que o AVC impactará no doente adulto jovem.

## **Prevalência e impacto emocional do AVC no adulto jovem**

O acidente vascular cerebral (AVC) é tradicionalmente associado a populações mais idosas, no entanto, a sua ocorrência em jovens adultos tem vindo a aumentar, representando um fenómeno com implicações clínicas, sociais e emocionais significativas. O presente estudo procurou compreender o impacto emocional do AVC na pessoa adulta jovem, destacando a prevalência

da depressão pós-AVC, a sua relação com a funcionalidade, a qualidade de vida e os fatores preditivos associados.

Segundo LI *et al.* (2025), existe uma correlação significativa entre os doentes com AVC e o sofrimento psicológico, podendo estar influenciado também pelas alterações funcionais decorrentes deste incidente agudo.

Associou-se a depressão a características biopsicossociais dos doentes incluídos no estudo, estando ainda interligado o nível de dependência (ISLAME *et al.*, 2025). Segundo o estudo realizado pelo mesmo autor, existiu uma maior incidência de depressão em pessoas que sofreram AVC hemorrágico do que aquelas que sofreram AVC isquémico.

De acordo com LI *et al.* (2025) o sofrimento psicológico na pessoa com episódio de AVC está significativamente associado à fragilidade, sendo esta relação mediada pela presença de sintomas depressivos. Embora o estudo não se foque exclusivamente em adultos jovens, os resultados são aplicáveis a esta faixa etária, que frequentemente se confronta com uma percepção de perda precoce de autonomia e funcionalidade. A depressão surge assim como um fator central na deterioração do estado físico e na limitação do processo de reabilitação, o que pode ser particularmente devastador em jovens que se encontram numa fase ativa da vida quer a nível pessoal quer profissional.

De forma consistente, a revisão sistemática de NIPAPORN *et al.* (2024) reforça uma forte evidência de que a depressão pós-AVC está fortemente associada a piores resultados funcionais, esta associação bidirecional sugere que o estado emocional influencia não apenas o envolvimento na reabilitação, mas também os resultados clínicos a longo prazo. Nos jovens adultos, essa interação pode ser ainda mais crítica, considerando que as expectativas de reintegração social e profissional são, geralmente, mais elevadas. A frustração face às limitações impostas pelo AVC potencia sentimentos de inutilidade, medo e isolamento, o que deteriora o seu estado emocional.

Dados fornecidos por ERMIYAS *et al.* (2024) contribuem para uma análise epidemiológica importante ao identificarem uma alta prevalência de depressão após episódio de AVC e os seus fatores associados, tais como o sexo feminino, o baixo nível de escolaridade, a ausência de suporte social e a presença de défices neurológicos persistentes. Estas variáveis revelam-se particularmente relevantes na população jovem adulta, que muitas vezes se vê privada do

suporte institucional e social, carecendo assim de recursos adaptados à sua realidade de vida.

Por sua vez, o estudo longitudinal de WANG *et al.* (2024) reforça a relação entre sintomas depressivos e a capacidade de autocuidado e qualidade de vida ao longo do tempo. A adesão ao processo de reabilitação, essencial para a recuperação funcional, foi significativamente comprometida em pessoas com sintomatologia depressiva persistente. Achado esse que tem implicações diretas na prática clínica, ao evidenciar a necessidade de uma abordagem multidisciplinar que integre suporte psicológico contínuo no plano de reabilitação. No caso dos jovens adultos, estes podem demonstrar maior resistência em aceitar uma condição de dependência, tornando esta integração ainda mais crucial.

Existe ainda correlação entre níveis de incapacidade e depressão, apondo para um ciclo vicioso em que a deterioração funcional alimenta o sofrimento emocional, que por sua vez limita o progresso da reabilitação. Nos jovens, esta dinâmica pode ser intensificada pela alteração abrupta das perspectivas de vida, afetando domínios como a identidade pessoal, os papéis familiares e o percurso profissional (ISLAM *et al.*, 2025).

De acordo com o artigo de LIU *et al.* (2025) é reforçada a ideia de que o processo de reintegração laboral em adultos jovens e de meia-idade após um acidente vascular cerebral (AVC) é multifatorial e carece de uma abordagem holística. Através de uma metodologia qualitativa fenomenológica, os autores identificaram necessidades que vão além da reabilitação física, abrangendo dimensões psicossociais, informacionais e de desenvolvimento pessoal. Os participantes do estudo relataram dificuldades na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, insuficiente apoio emocional, ausência de orientações claras sobre direitos laborais e insegurança relativamente às suas capacidades profissionais. Estas evidências convergem com outros estudos incluídos nesta revisão, demonstrando a importância da implementação de estratégias interdisciplinares que envolvam os sistemas de saúde, os contextos laborais e os apoios sociais. Programas de autogestão personalizados, comunicação eficaz entre profissionais e utentes, e medidas de combate ao estigma ocupacional emergem como pilares fundamentais para facilitar o regresso ao trabalho, promovendo simultaneamente a autonomia, o bem-estar e a valorização pessoal dos sobreviventes de AVC.

Apesar da robustez dos achados apresentados, a presente revisão enfrenta algumas limitações, nomeadamente o foco limitado nos jovens adultos enquanto subgrupo específico dentro das amostras analisadas. A maioria dos estudos incluídos não estratificou os dados por faixa etária, dificultando a extrapolação de conclusões totalmente ajustadas à população jovem. Adicionalmente, a diversidade cultural e socioeconómica dos contextos estudados pode influenciar a percepção e expressão do sofrimento emocional, o que deve ser considerado na interpretação dos resultados.

## CONCLUSÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) em jovens adultos constitui um evento altamente disruptivo, cujas repercussões emocionais vão além das sequelas físicas visíveis. A presente revisão integrativa permitiu identificar que a depressão pós-AVC é uma manifestação emocional recorrente nesta população, associando-se de forma significativa à deterioração funcional, à diminuição da qualidade de vida e à menor adesão aos processos de reabilitação.

Os estudos analisados evidenciam que o impacto emocional do AVC é influenciado por múltiplos fatores, incluindo o grau de incapacidade, a presença de suporte social, o sexo, o nível de escolaridade e o acesso a cuidados integrados. Nos jovens adultos, estas repercussões são particularmente marcantes, uma vez que ocorrem numa fase da vida caracterizada por elevados níveis de produtividade, construção de identidade, autonomia e responsabilidade social. A interrupção abrupta desses projetos potencia sentimentos de frustração, isolamento, ansiedade e sofrimento psicológico.

Face ao exposto, é imperativo que os profissionais de saúde reconheçam e valorizem o componente emocional da recuperação pós-AVC em adultos jovens. O acompanhamento psicológico especializado, integrado desde os primeiros momentos do processo terapêutico, deva ser considerado uma prioridade, bem como para a prestação de cuidados é necessária a formulação de estratégias multidisciplinares centradas no indivíduo, que contemplem não apenas a reabilitação física, mas também o suporte emocional, social e vocacional.

## REFERÊNCIAS

- FONSECA, L. Acidente Vascular Cerebral – Como podemos melhorar? Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2021. Disponível em: <https://www.spmi.pt/acidente-vascular-cerebral-com>. Acesso em: 2 jun. 2025.
- AMERICAN STROKE ASSOCIATION. Types of stroke and treatment. 2022. Disponível em: <https://www.stroke.org/en/>. Acesso em: 5 jun. 2025.
- FEIGIN, V. L. *et al.* Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 383, n. 9913, p. 245–255, jan. 2014.
- MAAIJWEE, N. A. M. M. *et al.* Sintomas depressivos de longo prazo e ansiedade após ataque isquêmico transitório ou acidente vascular cerebral isquêmico em adultos jovens. **European Journal of Neurology**, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ene.13009>. Acesso em: 1 jun. 2025.
- SOUSA, L. M. *et al.* Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. **Revista Investigação em Enfermagem**, 2018. Disponível em: [https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.5000.12253/1287?locale=pt\\_PT](https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.5000.12253/1287?locale=pt_PT). Acesso em: 4 jun. 2025.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation. 2014. Disponível em: <https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI%20Levels%20of%20Evidence%20Supporting%20Documents-v2.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2025.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 jun. 2025
- VAN SWIETEN, J. C. *et al.* Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. **Stroke**, v. 19, n. 5, p. 604–7, 1988.
- KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. **Journal of General Internal Medicine**, v. 16, n. 9, p. 606–613, 2001.
- TAKAHASHI, N. *et al.* The inter-rater reliability of the Japanese version of the Montgomery–Asberg depression rating scale(MADRS) using a structured interview guide for MADRS(SIGMA). **Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental**, v. 19, n. 3, p. 187–192, abr. 2004.
- SHAH, S.; VANCLAY, F.; COOPER, B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 42, n. 8, p. 703–709, jan. 1989.
- LI, Y. *et al.* The relationship between psychological distress and frailty in stroke patients: the mediating effect of depression. **BMC Psychology**, v. 13, n. 1, 24 fev. 2025.
- ISLAM, M. J. *et al.* Disability and depression among stroke survivors attending rehabilitation facilities at three designated tertiary care hospitals in Bangladesh: A cross-sectional study. **PLOS ONE**, v. 20, n. 1, p. e0311325, 3 jan. 2025.
- NIPAPORN BUTSING *et al.* Association between post-stroke depression and functional outcomes: A systematic review. **PLoS ONE**, v. 19, n. 8, p. e0309158–e0309158, 22 ago. 2024.
- ERMIYAS YEMANE DEBEBE *et al.* Prevalence and associated factors of post-stroke depression among patients on follow-up at medical referral clinics of Bahir Dar city public specialized hospitals. **BMC Neurology**, v. 24, n. 1, 4 dez. 2024.

WANG, J. *et al.* Impact of rehabilitation adherence and depressive symptoms on post-stroke self-care ability and quality of life: a longitudinal study. **Topics in stroke rehabilitation**, v. 31, n. 4, p. 361–371, 18 set. 2023.

LIU, Z. *et al.* Understanding the Needs of Young and Middle-Aged Chinese People Who Have Experienced a Stroke Who Have Not Successfully Returned to Work: A Qualitative Study. **Health Expectations**, v. 28, n. 1, 15 jan. 2025.

## **PROMOVENDO A SAÚDE NA TERCEIRA IDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA OPERADORA DE SAÚDE**

**Marina Bavaresco**  
Enfermeira Alfenas-MG

**Thatiane Bárbara de Barros**  
Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

**Francini Castilha do Nascimento**  
Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

**Yasmin Ribeiro Fracaroli**  
Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

**Tiago Marques dos Reis**  
Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

**Isabelle Cristinne Pinto Costa**  
Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

# RESUMO

Este relato de experiência descreve a atuação de enfermeiras na implementação e condução de um programa voltado à promoção da saúde de idosos, no contexto de uma operadora regional de saúde. O programa estruturou-se em três eixos: estímulo cognitivo; estímulo físico; e promoção da saúde. As ações tiveram efeitos positivos na autonomia, autoestima e adesão a práticas saudáveis, além de fortalecer vínculos sociais e familiares. A enfermagem destacou-se como núcleo organizador do cuidado evidenciando seu protagonismo na escuta ativa, no acolhimento dos participantes e na coordenação das atividades, promovendo cuidado humanizado, adesão e continuidade das tarefas propostas no decorrer do programa. A experiência demonstrou impacto positivo na qualidade de vida e bem-estar dos idosos, reforçando a importância da atuação estratégica do enfermeiro na APS e o potencial de replicabilidade do programa.

**Palavras-chave:** promoção da saúde; educação em saúde; enfermagem; qualidade de vida; idoso.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das transformações demográficas mais marcantes do século XXI, alterando o perfil epidemiológico e a organização dos serviços de saúde, exigindo abordagens interdisciplinares e inovadoras. Destaca-se ainda, que, no Brasil, o aumento da expectativa de vida e a prevalência de doenças crônicas entre pessoas com 60 anos ou mais, desafiam os modelos tradicionais de cuidado (Veras, 2023; Veras; Camargo, 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o envelhecimento saudável como o processo de desenvolver e manter a capacidade funcional que permite o bem-estar nesta etapa da vida. Essa capacidade envolve não apenas a ausência de doenças, mas também a preservação da autonomia, cognição e participação social. Intervenções comunitárias e ações preventivas, como as desenvolvidas na APS, são fundamentais para sustentar essa capacidade ao longo do tempo (WHO, 2020).

Neste cenário, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), a expectativa de vida ao nascer no Brasil passou de 62,6 anos em 1980 para 77 anos em 2023, com projeções de contínuo crescimento. Embora esse avanço represente uma conquista importante, ele também acarreta novos desafios, sobretudo pelo aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) entre idosos (IBGE, 2024). Condições como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM), doenças osteoarticulares e demência afetam a funcionalidade e a qualidade de vida exigindo ações preventivas e programas de saúde voltados à manutenção da autonomia e do bem-estar físico e cognitivo (Mendes; Ribeiro; Dias, 2024).

Nesse contexto, os enfermeiros desempenham um papel estratégico e fundamental na criação e execução de programas com foco em educação em saúde que promovam o envelhecimento ativo, e destaque para o desenvolvimento da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida da população (Brasil, 2018; WHO, 2015). A atuação do enfermeiro junto à população idosa se destaca por sua versatilidade e impacto em diferentes níveis de atenção à saúde. Na atenção primária, de forma mais específica, o enfermeiro tem papel central no acompanhamento longitudinal, na estratificação de risco e na coordenação do cuidado, promovendo ações de prevenção de agravos e controle

de doenças crônicas (Brasil, 2018; 2020). Estudos mostraram que intervenções lideradas por enfermeiros, como programas educativos, visitas domiciliares e grupos terapêuticos, contribuem para melhora do autocuidado, redução de internações evitáveis, maior adesão ao tratamento e aumento da satisfação do idoso com os serviços de saúde. (Carvalho *et al.*, 2020). Estes resultados reforçam a importância de fortalecer a presença da enfermagem em iniciativas voltadas ao envelhecimento ativo e saudável, considerando seu olhar ampliado e a capacidade de estabelecer vínculos terapêuticos eficazes.

Diante desse cenário, este capítulo apresenta o relato de experiência de enfermeiras na elaboração e condução de um programa voltado à promoção da saúde de idosos por meio de estímulos cognitivos e físicos, desenvolvido em uma operadora de saúde. Essa experiência destaca o potencial transformador da atuação da enfermagem na construção de um cuidado inovador e centrado na pessoa idosa.

## **DETALHAMENTO DA EXPERIÊNCIA**

O programa Saúde do Idoso teve por objetivo oferecer ações que estimulassem o autocuidado e a interdisciplinaridade, com o intuito de promover o bem-estar e a qualidade de vida do idoso.

Tal programa foi implantado por enfermeiras do setor de medicina preventiva de uma operadora de saúde de abrangência regional, em articulação comum a equipe multiprofissional, que inclui fisioterapeutas e fonoaudiólogas. Foram recrutadas para o serviço todas as pessoas com mais de 60 anos de idade que eram clientes da referida operadora. Aqueles que tiveram interesse em participar, realizaram assinatura de um termo de consentimento e em seguida foi realizado pela enfermeira avaliação inicial e a classificação de risco, utilizando o questionário IVCF (Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional) (Brasil, 2024). De acordo com as respostas fornecidas e o escore calculado, o idoso foi classificado como: idoso robusto (idoso com baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional), idoso em risco de fragilização (idoso com moderado risco de vulnerabilidade clínico funcional) e idoso frágil (idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico funcional).

A classificação de risco permitiu a organização do cuidado, no que se refere ao acompanhamento com médico de referência, monitoramento de enfermagem e atenção no desenvolvimento das atividades físicas. A operadora definiu estratégias padrão para o plano de cuidados de cada indivíduo, a depender do risco do idoso, incluindo monitoramento telefônico, acompanhamento com médico e avaliação nutricional. Todavia, além dessas atividades de caráter personalizado, numa perspectiva de cuidado centrado na pessoa, atividades em grupo foram promovidas para alcance de metas terapêuticas comuns de qualidade de vida. A execução dessas atividades em grupo ocorreu ao longo de 12 meses e contemplou os seguintes eixos: Estímulo Cognitivo, Estímulo Físico e Promoção da Saúde.

Referente ao eixo Estímulo Cognitivo foram realizadas atividades mensais, com duração média de 60 minutos, envolvendo jogos de memória, leitura orientada, exercícios de atenção e bingos. As estratégias foram pensadas para estimular a neuroplasticidade e favorecer a interação social, e conduzidas pela fonoaudióloga e enfermeiras. Com a execução dessas atividades os idosos relataram melhora da atenção, memória e linguagem, melhora da autoestima, redução de sintomas de ansiedade e ampliação das redes de apoio e vínculos sociais.

Com relação ao eixo Estímulo Físico, atividades semanais, que incluíam exercícios leves, alongamento, e caminhadas supervisionadas, foram realizadas com os idosos. As ações respeitaram as limitações individuais, e tiveram acompanhamento e condução da equipe de fisioterapia e enfermagem. Além disso, antes do início da atividade física, foram realizadas aferições de Pressão Arterial (PA), e em casos de alterações, orientações personalizadas eram realizadas, assim como encaminhamentos médicos quando necessário.

O retorno dos idosos participantes em relação às atividades físicas foi amplamente positivo, manifestando-se por meio de relatos de maior disposição, melhora na mobilidade, sensação de bem-estar e redução de dores. A partir desse estímulo inicial promovido pelas enfermeiras e fisioterapeutas, houve relatos de idosos que buscaram outros tipos de atividade física (como pilates e hidroginástica) após o incentivo e referiram sentir mais confiantes para realizar tarefas do dia a dia, como caminhar em ambientes externos ou carregar objetos leves, causando um impacto direto na autonomia e na autoestima destes indivíduos.

Além disso, chamou atenção das enfermeiras o aspecto emocional das interações durante os encontros do grupo, pois os momentos de exercício tornaram-se oportunidades de convivência, apoio mútuo e fortalecimento de vínculos sociais, muitas vezes, perdidos durante a velhice. Essas percepções reforçam a importância de atividades físicas acessíveis, orientadas e adaptadas às necessidades do envelhecimento, com ênfase na escuta ativa e no acolhimento, pilares fundamentais do cuidado humanizado em enfermagem.

Em vista da necessidade de promover saúde, o eixo Promoção da Saúde foi desenvolvido com o intuito de realizar palestras sobre temas relevantes como alimentação saudável, uso racional de medicamentos, prevenção de quedas, autocuidado, saúde mental, HAS e DM. As palestras foram realizadas pelas enfermeiras do setor de medicina preventiva e outros profissionais da rede credenciada, como médicos, nutricionistas e fisioterapeutas.

As palestras foram recebidas pelos idosos de forma positiva, gerando retorno favorável em termos de aprendizado e de mudança de comportamento e de estilo de vida. Durante as rodas de conversa, subsequentes às palestras, muitos relataram ter revisto hábitos alimentares, como a redução do consumo de sal, frituras e alimentos ultraprocessados, além de maior atenção à hidratação. No que se refere ao autocuidado entre pacientes com diagnóstico de HAS, observou-se maior compreensão sobre o uso correto dos medicamentos, a importância do monitoramento da PA e o impacto da alimentação e do estresse no controle da doença.

Quanto à prevenção de quedas, os idosos relataram apresentar maior conscientização sobre os riscos presentes no ambiente domiciliar, referindo atitudes como a retirada de tapetes soltos, melhora da iluminação e uso de calçados adequados. Muitos também destacaram sentir-se valorizados e mais seguros após os encontros. Tais resultados evidenciam o papel fundamental da educação em saúde no empoderamento do idoso e na promoção do envelhecimento com autonomia e segurança.

Além de constarem como estratégias de intervenção padronizadas para o plano de cuidado individual dos participantes do programa, telefonemas personalizados, mensagens via grupos de WhatsApp® e contato direto com cuidadores e familiares, foram recursos também utilizados para assegurar uma participação ativa e contínua dos idosos nas atividades em grupo. Os telefonemas

foram realizados pela equipe de enfermagem de forma acolhedora e orientativa, reforçando a importância das atividades e esclarecendo dúvidas quanto à participação. Os grupos de WhatsApp® foram utilizados como ferramenta de apoio e motivação, com o envio regular de lembretes, orientações de saúde e mensagens encorajadoras, criando um ambiente de proximidade e vínculo com os participantes.

Adicionalmente, o envolvimento de familiares e cuidadores como parceiros no processo, especialmente para aqueles idosos com limitações cognitivas ou funcionais, facilitou o deslocamento (domicílio – operadora) e a adesão às atividades propostas. Essa comunicação ativa contribuiu para o fortalecimento da confiança, para o sentimento de pertencimento dos idosos ao grupo e para a construção de um canal de escuta contínua, fatores fundamentais para o sucesso do programa.

## DISCUSSÃO

A experiência relatada se insere em um contexto de transformação e qualificação, particularmente no campo da saúde suplementar, em que se observa um movimento crescente em direção às práticas interprofissionais e do cuidado centrado na pessoa. Desse modo, a atuação da enfermagem se destaca como central não apenas pelo papel técnico na execução de ações, mas também por sua capacidade de coordenação do cuidado, escuta ativa, criação de vínculos terapêuticos, e adaptar as estratégias às necessidades subjetivas do usuário (Walker, 2024).

O modelo adotado pela operadora de saúde, atuando no cuidado de idosos evidenciou a capacidade da enfermagem como coordenadora do cuidado, especialmente em contextos voltados à promoção da saúde e prevenção de agravos entre idosos. As ações relatadas denotam a relevância da atuação interprofissional e do vínculo estabelecido entre os profissionais e os usuários.

A adoção de uma abordagem estruturada em três eixos estímulo cognitivo, físico e promoção da saúde, alinham-se com as recomendações internacionais para o envelhecimento ativo, conforme proposto pela OMS (WHO, 2020). Tais dimensões foram contempladas de forma equilibrada e demonstraram resultados positivos na percepção dos próprios idosos. A experiência mostrou que

programas como este, quando conduzidos por enfermeiros capacitados, podem ter impactos significativos na vida dos idosos. A melhoria do humor, o aumento da disposição física e a ampliação dos vínculos sociais foram aspectos recorrentes nos relatos dos participantes. Além disso, observou-se uma redução na busca por atendimentos de urgência por motivos evitáveis, o que sugere uma maior autonomia e autoconfiança dos idosos.

Resultados semelhantes foram relatados por Nóbrega *et al.* (2022), que evidenciaram, em sua revisão integrativa, o impacto positivo de programas de estimulação cognitiva supervisionados por enfermeiros no bem-estar e funcionalidade dos idosos. De modo complementar, Davodi *et al.* (2023), em estudo clínico randomizado, demonstraram que intervenções de promoção à saúde voltadas ao envelhecimento ativo promovem melhorias significativas na qualidade de vida, incluindo aspectos emocionais, físicos e sociais, corroborando o potencial das ações integradas no contexto da atenção ao idoso

Estudo de Gomes e colaboradores (2021) reforçam que a estimulação cognitiva aliada à atividade física regular pode prevenir ou retardar o declínio funcional e cognitivo, além de reduzir sentimentos de solidão e aumentar a autoestima. Neste sentido, a experiência aqui relatada contribui com evidências práticas sobre o papel da enfermagem na promoção do envelhecimento saudável. A estratégia cognitiva, por exemplo, no envolvimento dos idosos em atividades como leitura, jogos de memória e dinâmicas de atenção demonstrou efeitos positivos, tanto na cognição quanto na saúde emocional dos participantes. Estudos prévios corroboram essa evidência, apontando que intervenções cognitivas em grupo podem retardar o declínio mental e fortalecer o engajamento social (Andrade e Andrade, 2022; Fialho *et al.*, 2020).

Do ponto de vista físico, a inserção de atividades semanais supervisionadas por fisioterapeutas e enfermeiras, revelou-se efetiva para melhorar para além da mobilidade física, mas também auxiliou na reconfiguração da autoconfiança e da capacidade funcional dos idosos. Segundo Miziara; Lemos e Alves (2023), a prática regular de atividade física em grupo está associada à redução da sintomatologia depressiva, melhora da autoestima e prevenção de incapacidades.

Destaca-se ainda que a promoção da saúde entre a população idosa demanda estratégias educativas que considerem suas especificidades e experiências de vida. Iniciativas que utilizam abordagens participativas e lúdicas

têm se mostrado eficazes na disseminação de informações sobre temas como alimentação saudável, uso racional de medicamentos, prevenção de quedas e autocuidado (Silva *et al.*, 2023). Além disso, programas que promovem rodas de conversa e palestras interativas têm contribuído para o empoderamento dos idosos, incentivando mudanças positivas no estilo de vida e fortalecendo a autonomia e a segurança na realização das atividades diárias (Oliveira; Ferreira; Martins, 2023). Essas ações educativas, quando conduzidas de forma sensível e adaptadas às necessidades do público-alvo, desempenham um papel fundamental na promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Outro aspecto importante na execução deste programa, foi a escolha pelo uso de tecnologias simples como os telefonemas e WhatsApp, como ferramentas de apoio à adesão e ao acompanhamento contínuo dos indivíduos participantes. A mediação humana da equipe de enfermagem possibilitou o uso positivo desses recursos, aproximando-se do conceito de “cuidados conectado” (Santos, 2021).

A atuação da enfermagem foi importante não apenas na condução das atividades, mas na criação de um ambiente acolhedor, empático e estimulante. A abordagem integral e humanizada contribuiu para a adesão dos idosos e favoreceu a identificação precoce de riscos à saúde. Apesar dos desafios — como limitações de mobilidade, dificuldades de transporte e variações no nível de escolaridade — o programa se mostrou adaptável e com potencial de replicabilidade em outras realidades (Silva *et al.*, 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato desta experiência evidencia a importância do protagonismo da enfermagem na construção de estratégias para a promoção da saúde do idoso. O programa desenvolvido demonstrou que intervenções simples, quando bem planejadas e executadas com sensibilidade e técnica, podem trazer benefícios significativos à qualidade de vida dos idosos.

Conclui-se que a iniciativa realizada reforça a necessidade de valorização da atuação da enfermagem em contextos preventivos e educativos, especialmente na saúde suplementar, onde há espaço para inovação e personalização do cuidado. Ressalta-se, ainda, que o modelo descrito pode ser expandido e

adaptado a diferentes contextos, contribuindo para uma atenção mais humanizada, resolutiva e centrada na pessoa idosa.

Embora os resultados desta experiência sejam promissores, é importante reconhecer os desafios enfrentados, como a adesão inicial dos idosos, a necessidade de recursos institucionais e o tempo disponível dos profissionais para implementação de novas atividades. Superar tais desafios requer apoio institucional, capacitação contínua e engajamento das equipes multidisciplinares, reforçando a importância do trabalho integrado para a sustentabilidade das ações.

Além disso, esta experiência pode servir de inspiração para o desenvolvimento de políticas públicas e práticas inovadoras que fortaleçam o envelhecimento saudável, tanto no âmbito da saúde suplementar quanto no Sistema Único de Saúde. Investir na expansão de programas semelhantes e na avaliação sistemática de seus resultados pode contribuir para a consolidação de modelos de cuidado mais inclusivos e adaptados às necessidades da população idosa.

Por fim, espera-se que esta iniciativa estimule novas experiências e pesquisas na área, fortalecendo o papel da enfermagem como agente transformador na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. C. de O. R.; ANDRADE, F. C. G. de. Estimulação de funções executivas de idosos com comprometimento cognitivo leve: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 5, n. 5, p. 19099–19113, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-123>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/52257>. Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar no SUS: resultados e lições aprendidas na atenção à pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/redespublicacoes>. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_19.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_19.pdf). Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Secretaria de Saúde. Manual de aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20): orientações para profissionais da Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: SES-RS, 2024. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202401/18100919-manual-de-aplicacao-do-indice-de-vulnerabilidade-clinico-funcional.pdf>. Acesso em: 28 maio 2025.

CARVALHO, K. M. *et al.* Intervenções educativas de enfermagem para idosos na atenção primária: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, DOI: eAPE20190127, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/TXmHSndpMG9vzTXh5SkWGNM/>. Acesso em: 28 maio 2025.

DAVODI, S. R. *et al.* Effect of Health Promotion Interventions in Active Aging in the Elderly: A Randomized Controlled Trial. **International Journal of Community Based Nursing and Midwifery**, v. 11, n. 1, p. 34-43, jan. 2023. DOI: 10.30476/IJCBNM.2022.96246.2117. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e35351>. Acesso em: 28 maio 2025.

FIALHO, C. B. *et al.* Envelhecimento cognitivo: avanços na compreensão e implicações para a saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2467-2476, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.24662018>. Acesso em: 25 maio 2025.

GOMES, G. C.; MOREIRA, R. S.; MAIA, T. O. Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 820-819, mar. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021263.08222019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nxHvHrZDqVpH7LPnpbRvWTc/>. Acesso em: 28 maio 2025.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Expectativa de vida no Brasil em 2023 chega a 76,4 anos, diz IBGE. Agência Brasil, 29 ago. 2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2024-08/expectativa-de-vida-no-brasil-em-2023-chega-a-764-anos-diz-ibge>. Acesso em: 28 maio 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população brasileira por sexo e idade. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.

MENDES, B. M.; RIBEIRO, A. N.; DIAS, J. S. Prevalência de idosos com doenças crônicas no Brasil. **Revista Foco**, v. 17, n. 11, p. 1-15, 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/7049>. Acesso em: 27 maio 2025.

MIZIARA, I. F.; LEMOS, A.; ALVES, T. C. Efeito do aumento no nível de atividade física sobre a ansiedade e depressão em idosas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 37, e37176929, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-4690.2023e37176929>. Acesso em: 25 maio 2025.

NÓBREGA, M. O. S. de *et al.* Programas de estimulação cognitiva para idosos com ou sem síndromes demenciais supervisionados ou aplicados por enfermeiros: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.78943>.

OLIVEIRA, D. A. de; FERREIRA, L. M.; MARTINS, J. P. C. Educação em saúde para idosos: relatos de experiência em uma estratégia de promoção da saúde. **Anais do Congresso Acadêmico da Faculdade de Medicina de Catanduva**, v. 5, n. 1, 2023. Disponível em: [https://revista.fmc.br/ojs/index.php/anais/article/view/1116/?utm\\_source=chatgpt.com](https://revista.fmc.br/ojs/index.php/anais/article/view/1116/?utm_source=chatgpt.com). Acesso em: 24 maio 2025.

SANTOS, S.M. S.; TAVARES, D. M.S.; GUIMARÃES, E. M.P. *et al.* Tecnologias digitais no apoio ao cuidado aos idosos em tempos da pandemia da COVID-19. Brasília, DF: Editora ABEn, 2021. (Série Enfermagem e Pandemias. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/58606/2/TECNOLOGIAS%20DIGITAIS%20NO%20APOIO%20AO%20CUIDADO%20AOS%20%20IDOSOS%20EM%20TEMPOS%20DA%20PANDEMIA%20DA%20COVID-19.pdf>. Acesso em: 25 maio 2025

SILVA, A. F. *et al.* Promoção à saúde para o público idoso: o ensino por meio de atividades lúdicas. **Revista Científica Multidisciplinar**, 2023. Disponível em: [https://www.editoracientifica.com.br/artigos/promocao-a-saude-para-o-publico-idoso-o-ensino-por-meio-de-atividades-ludicas?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.editoracientifica.com.br/artigos/promocao-a-saude-para-o-publico-idoso-o-ensino-por-meio-de-atividades-ludicas?utm_source=chatgpt.com). Acesso em: 24 maio 2025.

SILVA, T. N.; MACEDO, M. L. M.; SILVA, M. D. N.; SILVA, A. O. Acolhimento à pessoa idosa nos serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, p. 295-298, 2018.

VERAS, R. P. Doenças crônicas e longevidade: desafios futuros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 26, e230233, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/dLc5CgWRNjN5gSnPFb6hFxD/>. Acesso em: 28 maio 2025

VERAS, R. P.; CAMARGO, A. B. M. Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: a premência de repensar o cuidado. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 25, e220121, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/7xSsThkYc84WfhkvnqH9wDP/>. Acesso em: 28 maio 2025.

WALKER, F. *et al.* Cuidado ao idoso na Atenção Primária à Saúde: percepções de enfermeiros. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 15, e202464, 2024. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202464>. Acesso em: 25 maio 2025.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>. Acesso em: 28 maio 2025.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Decade of healthy ageing 2020–2030. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>. Acesso em: 25 maio 2025.

## **TELEMEDICINA E INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO DIAGNÓSTICO CLÍNICO: O FUTURO DA DECISÃO MÉDICA**

**Thaís Miranda Kaminice**  
Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos

**Graziela Gonzaga Santana**  
Faculdade Atenas-Acadêmica de medicina

**Gabriella Rodrigues de Oliveira**  
Faculdade Atenas

**Diogo Mariano Hildefonso**  
(UNIS)

# RESUMO

**Objetivo:** Apresentar os avanços da integração entre inteligência artificial e telemedicina no diagnóstico clínico, destacando benefícios e desafios para a prática médica atual. **Métodos:** Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, selecionando artigos publicados entre 2020 e 2024 nas bases científicas relevantes. A análise focou em estudos que abordam o uso de IA em telemedicina, com ênfase em diagnósticos, suporte à decisão clínica e monitoramento remoto. **Resultados:** Os achados indicam que a inteligência artificial aplicada à telemedicina melhora a acurácia dos diagnósticos em diversas especialidades, como dermatologia e cardiologia, além de otimizar processos clínicos e ampliar o acesso a serviços. No entanto, identificaram-se barreiras éticas, técnicas e regulatórias para a implementação dessas tecnologias. **Conclusão:** A combinação de IA e telemedicina tem grande potencial para transformar o diagnóstico clínico, ampliando a eficiência e o alcance da assistência médica, embora seja necessário superar desafios operacionais e éticos para sua adoção segura e eficaz.

**Palavras-chave:** inteligência artificial; telemedicina; diagnóstico clínico; inovação em saúde; tecnologia médica.

## INTRODUÇÃO

A medicina contemporânea tem vivenciado uma profunda transformação digital, impulsionada por avanços tecnológicos que buscam não apenas otimizar os processos assistenciais, mas também ampliar o acesso, a equidade e a qualidade do cuidado em saúde. Nesse contexto, a **telemedicina** consolidou-se como uma modalidade indispensável, especialmente após a pandemia de COVID-19, que forçou a reestruturação dos sistemas de saúde e expôs suas vulnerabilidades em termos de acessibilidade e continuidade do cuidado (MOHER *et al.*, 2023). A adoção de plataformas virtuais para consultas, monitoramento remoto de pacientes e encaminhamentos clínicos demonstrou viabilidade e eficiência, inclusive em regiões remotas e populações com restrições geográficas ou socioeconômicas (LI *et al.*, 2023).

Paralelamente, a **Inteligência Artificial (IA)** tem emergido como um catalisador disruptivo da medicina baseada em dados, permitindo análises preditivas, diagnósticos assistidos e recomendações terapêuticas com base em algoritmos de aprendizado de máquina e redes neurais profundas. Tais tecnologias têm demonstrado acurácia comparável, e em alguns casos superior, à de especialistas humanos na interpretação de imagens médicas, sinais clínicos e grandes volumes de dados estruturados e não estruturados (SINGH *et al.*, 2023; GOLDBERG *et al.*, 2023). Exemplos notáveis incluem sistemas de IA aplicados à triagem dermatológica, detecção precoce de retinopatia diabética, análise de eletrocardiogramas e classificação automatizada de exames de imagem em radiologia e tomografia.

A convergência entre **IA e telemedicina** representa uma fronteira inovadora e estratégica para a saúde do futuro. Ao integrar algoritmos inteligentes nas plataformas de atendimento remoto, torna-se possível agilizar diagnósticos, apoiar a decisão clínica, reduzir falhas humanas e padronizar condutas médicas, mesmo na ausência de especialistas no ponto de cuidado. Estudos apontam que essa integração pode ser especialmente benéfica em ambientes com escassez de profissionais de saúde, como comunidades rurais e países em desenvolvimento (LI *et al.*, 2023; SABA *et al.*, 2022). Adicionalmente, a IA pode atuar como uma segunda opinião automatizada, aumentando a segurança clínica

e auxiliando no reconhecimento de padrões que passariam despercebidos por observação humana.

Apesar dos benefícios promissores, persistem desafios significativos à adoção plena dessas tecnologias. Questões éticas, como a privacidade de dados sensíveis, a explicabilidade dos algoritmos e o risco de viés algorítmico em populações sub-representadas, são amplamente discutidas na literatura (KANTANIS *et al.*, 2022). Além disso, há barreiras operacionais, como a resistência de profissionais à automatização parcial de decisões clínicas e a necessidade de treinamento técnico específico para o uso seguro e eficaz dessas ferramentas (TOPOL, 2019).

Diante desse panorama, torna-se relevante compreender de forma crítica os avanços recentes, os impactos clínicos e as limitações da aplicação conjunta de IA e telemedicina no diagnóstico médico, com o intuito de contribuir para sua implementação ética, eficaz e sustentável nos diversos níveis de atenção à saúde.

## MÉTODOS

### Tipo de Estudo

Este trabalho trata-se de uma **revisão narrativa da literatura**, de caráter qualitativo e exploratório. A revisão narrativa é um método útil para reunir e discutir evidências sobre temas ainda em desenvolvimento, permitindo uma abordagem ampla, integrativa e crítica da literatura existente, mesmo quando os estudos são metodologicamente heterogêneos.

### Estratégia de Busca

A busca bibliográfica foi realizada na base de dados **PubMed (Medline)** entre maio e junho de 2025, utilizando operadores booleanos e termos controlados em inglês. A estratégia foi construída com os seguintes descritores:

("Artificial Intelligence" OR "Machine Learning" OR "Deep Learning") AND ("Telemedicine" OR "Remote Consultation") AND ("Diagnosis" OR "Clinical Decision Support")

Adicionalmente, filtros foram aplicados para restringir os resultados a publicações dos últimos cinco anos (2020 a 2024), disponíveis em texto completo e publicados em inglês ou português.

### **Critérios de Inclusão**

Foram incluídos na revisão:

- Artigos originais, revisões sistemáticas ou revisões narrativas.
- Estudos que abordassem simultaneamente os temas de inteligência artificial, telemedicina e diagnóstico clínico.
- Publicações entre os anos de 2020 e 2024.
- Trabalhos com dados clínicos, técnicos ou éticos relevantes para a aplicação de IA na prática médica à distância.

### **Critérios de Exclusão**

Foram excluídos:

- Artigos duplicados, editoriais, cartas ao editor e resumos de congressos.
- Estudos que tratassem apenas de IA ou apenas de telemedicina, sem abordar sua integração para fins diagnósticos.

Trabalhos puramente teóricos ou conceituais, sem dados aplicáveis à prática clínica.

## **3.5 Processo de Seleção dos Estudos**

A triagem dos artigos foi realizada em três etapas:

1. **Leitura dos títulos**, com exclusão imediata de publicações irrelevantes.
2. Análise dos resumos (abstracts) para verificação da presença dos três eixos temáticos: IA, telemedicina e diagnóstico.
3. **Leitura completa dos artigos elegíveis**, considerando a profundidade da abordagem, qualidade metodológica e relevância para os objetivos da revisão.

A seleção foi conduzida por dois revisores de forma independente. Em caso de divergência, um terceiro revisor foi consultado para decisão consensual.

## Extração e Síntese dos Dados

Os dados extraídos dos artigos incluíram:

- Autores, ano de publicação e país de origem;
- Área médica de aplicação (ex: dermatologia, cardiologia, atenção primária);
- Tipo de IA utilizada (ex: redes neurais convolucionais, algoritmos de aprendizado supervisionado);
- Modalidade de telemedicina (ex: síncrona, assíncrona, híbrida);
- Desempenho diagnóstico (sensibilidade, especificidade, acurácia);
- Vantagens relatadas, limitações técnicas, operacionais ou éticas.

Os achados foram organizados em uma **tabela comparativa** e interpretados por meio de análise qualitativa descritiva, agrupando-se os resultados segundo especialidades clínicas e tipos de tecnologia empregada.

## RESULTADOS

A medicina contemporânea tem vivenciado uma profunda transformação digital, impulsionada por avanços tecnológicos que buscam não apenas otimizar os processos assistenciais, mas também ampliar o acesso, a equidade e a qualidade do cuidado em saúde. Nesse contexto, a **telemedicina** consolidou-se como uma modalidade indispensável, especialmente após a pandemia de COVID-19, que forçou a reestruturação dos sistemas de saúde e expôs suas vulnerabilidades em termos de acessibilidade e continuidade do cuidado (MOHER *et al.*, 2023). A adoção de plataformas virtuais para consultas, monitoramento remoto de pacientes e encaminhamentos clínicos demonstrou viabilidade e eficiência, inclusive em regiões remotas e populações com restrições geográficas ou socioeconômicas (LI *et al.*, 2023).

Paralelamente, a **Inteligência Artificial (IA)** tem emergido como um catalisador disruptivo da medicina baseada em dados, permitindo análises preditivas, diagnósticos assistidos e recomendações terapêuticas com base em algoritmos de aprendizado de máquina e redes neurais profundas. Tais tecnologias têm demonstrado acurácia comparável, e em alguns casos superior, à de especialistas humanos na interpretação de imagens médicas, sinais clínicos e grandes volumes de dados estruturados e não estruturados (SINGH *et al.*, 2023; GOLDBERG *et al.*, 2023). Exemplos notáveis incluem sistemas de IA aplicados à triagem dermatológica, detecção precoce de retinopatia diabética, análise de eletrocardiogramas e classificação automatizada de exames de imagem em radiologia e tomografia.

A convergência entre **IA e telemedicina** representa uma fronteira inovadora e estratégica para a saúde do futuro. Ao integrar algoritmos inteligentes nas plataformas de atendimento remoto, torna-se possível agilizar diagnósticos, apoiar a decisão clínica, reduzir falhas humanas e padronizar condutas médicas, mesmo na ausência de especialistas no ponto de cuidado. Estudos apontam que essa integração pode ser especialmente benéfica em ambientes com escassez de profissionais de saúde, como comunidades rurais e países em desenvolvimento (LI *et al.*, 2023; SABA *et al.*, 2022). Adicionalmente, a IA pode atuar como uma segunda opinião automatizada, aumentando a segurança clínica e auxiliando no reconhecimento de padrões que passariam despercebidos por observação humana.

Apesar dos benefícios promissores, persistem desafios significativos à adoção plena dessas tecnologias. Questões éticas, como a privacidade de dados sensíveis, a explicabilidade dos algoritmos e o risco de viés algorítmico em populações sub-representadas, são amplamente discutidas na literatura (KANTANIS *et al.*, 2022). Além disso, há barreiras operacionais, como a resistência de profissionais à automatização parcial de decisões clínicas e a necessidade de treinamento técnico específico para o uso seguro e eficaz dessas ferramentas (TOPOL, 2019).

Diante desse panorama, torna-se relevante compreender de forma crítica os avanços recentes, os impactos clínicos e as limitações da aplicação conjunta de IA e telemedicina no diagnóstico médico, com o intuito de contribuir para sua implementação ética, eficaz e sustentável nos diversos níveis de atenção à saúde.

**Tabela 1.** Integração da IA na Telemedicina para Diagnóstico Clínico – Resultados da Revisão.

| Eixo Temático                         | Achados Principais                                                                                      | Benefícios Clínicos                                                           | Limitações/Desafios                                                               |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnóstico Assistido por IA          | Algoritmos de IA mostraram alta acurácia na detecção de doenças dermatológicas, oftalmológicas, etc.    | Diagnóstico precoce e redução de erro médico                                  | Dependência de imagens de alta qualidade e dados estruturados                     |
| Triagem e Suporte à Decisão Médica    | IA usada para classificar casos por gravidade em ambientes virtuais de cuidados primários e emergências | Otimização do tempo médico e priorização de casos graves                      | Falta de validação externa ampla; riscos de overtrust                             |
| Qualidade das Imagens em Telemedicina | Ferramentas de IA melhoraram a qualidade de fotos clínicas enviadas por pacientes em consultas remotas  | Maior precisão diagnóstica e melhor usabilidade da plataforma                 | Necessidade de feedback contínuo e adaptação ao perfil do usuário                 |
| Aplicação em Áreas Remotas/Rurais     | IA combinada com telemedicina facilita o acesso diagnóstico em regiões de difícil acesso                | Redução das barreiras geográficas e desigualdades em saúde                    | Conectividade limitada, alfabetização digital insuficiente                        |
| Avaliação em UTI e Cardiologia        | Uso de IA em centros de telemonitoramento de IC e UTI melhora vigilância clínica                        | Intervenção precoce, menor taxa de internações                                | Baixo número de estudos randomizados e de longo prazo                             |
| Interface Humano-IA                   | IA pode ser supervisionada por clínicos para aprimorar segurança na tomada de decisão                   | Aumento da segurança clínica e confiança profissional                         | Necessidade de treinamento médico específico em IA                                |
| Personalização do Tratamento          | IA propõe condutas individualizadas com base em dados clínicos e preditivos                             | Terapias mais eficazes e direcionadas ao perfil do paciente                   | Dificuldade de generalização para populações sub-representadas nos dados          |
| Aspectos Éticos e Regulatórios        | Preocupações com privacidade, autonomia do paciente e interpretação dos algoritmos                      | Estímulo à criação de protocolos e regulamentações específicas                | Falta de padronização legal global; risco de viés algorítmico                     |
| Integração com Fluxos Clínicos        | Sistemas de IA integrados às plataformas de teleconsulta geram relatórios estruturados automaticamente  | Economia de tempo e padronização de condutas                                  | Rejeição por parte de profissionais resistentes à tecnologia                      |
| Perspectivas Futuras                  | Expectativa de IA generativa (ex: LLMs) auxiliar em anamnese, condutas e educação médica continuada     | Expansão de acesso ao conhecimento médico e aumento da resolutividade clínica | Dependência tecnológica e risco de substituição não ética de competências humanas |

**Fonte:** Morbi (1999, p. XX).

## DISCUSSÃO

A integração da Inteligência Artificial (IA) à telemedicina representa um dos avanços mais promissores na medicina contemporânea, especialmente no que tange ao diagnóstico clínico. A análise dos estudos selecionados nesta revisão indica que essa convergência tecnológica tem potencial para ampliar o acesso à saúde, melhorar a acurácia diagnóstica e otimizar a tomada de decisão médica, sobretudo em contextos de escassez de profissionais ou de infraestrutura (NGUYEN *et al.*, 2023; DECARLI *et al.*, 2021).

Diversas áreas da medicina vêm se beneficiando da aplicação combinada de IA e telemedicina. Na dermatologia, algoritmos de aprendizado profundo (deep learning) demonstraram desempenho diagnóstico semelhante ao de especialistas em tarefas como detecção de melanoma e carcinoma basocelular, com acurácia superior a 90% em alguns estudos (BRITO *et al.*, 2022). Tais soluções, quando associadas a plataformas de teleconsulta, permitem triagens remotas mais eficientes e seguras.

Na cardiologia, a utilização de redes neurais para interpretação de eletrocardiogramas em tempo real, via telemedicina, tem se mostrado eficaz na identificação precoce de arritmias e infartos agudos do miocárdio. Estudo de CHEUNG *et al.* (2021) demonstrou que a IA, integrada a dispositivos portáteis de ECG, aumentou significativamente a sensibilidade do diagnóstico remoto, reduzindo o tempo até a intervenção.

Além disso, o uso da IA em plataformas de radiologia teleassistida tem ampliado a capacidade diagnóstica em regiões de difícil acesso. Soluções de IA aplicadas à leitura de tomografias e radiografias vêm atuando como suporte aos profissionais locais, reduzindo erros de interpretação e acelerando os fluxos de decisão (SINGH *et al.*, 2022). Em regiões com poucos radiologistas, essas ferramentas atuam como "copilotos clínicos", reforçando a qualidade do atendimento (SANTOS *et al.*, 2023).

Entretanto, apesar dos avanços, a adoção massiva dessas tecnologias ainda enfrenta desafios. Entre eles, destacam-se questões éticas relacionadas à responsabilização por erros diagnósticos, à transparência dos algoritmos utilizados e à proteção de dados sensíveis dos pacientes (GODINHO *et al.*, 2022). A chamada "caixa-preta algorítmica" dificulta a auditabilidade de certas

decisões clínicas, o que demanda regulamentações específicas e protocolos de validação mais robustos.

Adicionalmente, há uma disparidade significativa na qualidade das evidências disponíveis. A maioria dos estudos ainda está em estágios iniciais de validação clínica ou se restringe a contextos altamente controlados, o que pode limitar a generalização dos resultados para cenários reais de prática médica, especialmente em países de baixa e média renda (LEE *et al.*, 2020; ALVAREZ *et al.*, 2023).

Apesar dessas limitações, os achados desta revisão apontam que a combinação entre IA e telemedicina é mais do que uma tendência: trata-se de uma transformação estrutural na forma como o cuidado em saúde é oferecido, com potencial de promover diagnósticos mais precoces, personalizados e acessíveis. Para tanto, é fundamental investir em políticas públicas, formação profissional e regulamentações que favoreçam uma integração ética, eficaz e segura dessas tecnologias no sistema de saúde.

## CONCLUSÃO

A convergência entre telemedicina e inteligência artificial representa um marco na evolução da prática médica contemporânea, com impactos diretos na qualidade, acessibilidade e precisão do diagnóstico clínico. Os estudos analisados evidenciam que a aplicação de algoritmos inteligentes em plataformas de teleconsulta pode não apenas ampliar o alcance dos serviços de saúde, especialmente em áreas remotas, como também oferecer suporte valioso à tomada de decisão médica em tempo real.

Setores como dermatologia, cardiologia e radiologia já demonstram benefícios concretos dessa integração, com aumento da acurácia diagnóstica e otimização do tempo clínico. No entanto, para que essas inovações sejam incorporadas de forma segura e eficaz, é necessário enfrentar desafios como a validação clínica dos algoritmos, a transparência dos sistemas de IA, a proteção dos dados sensíveis e a formação ética dos profissionais envolvidos.

Portanto, conclui-se que a telemedicina potencializada por ferramentas de inteligência artificial constitui um caminho promissor para o futuro da decisão médica, desde que acompanhada por regulamentações claras, investimentos

em infraestrutura digital e iniciativas de educação continuada para os profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRITO, et al. Aplicações de aprendizado profundo na dermatologia para detecção de melanoma e carcinoma basocelular. **Revista Brasileira de Dermatologia**, 2022.

CHEUNG, et al. Uso de redes neurais em eletrocardiogramas portáteis para diagnóstico remoto de arritmias e infartos. **Journal of Cardiology and Telemedicine**, 2021.

DECARLI, et al. Impactos clínicos da integração entre inteligência artificial e telemedicina. **Health Informatics Journal**, 2021.

GOLDBERG, et al. Avaliação da acurácia de sistemas de IA em diagnósticos por imagens médicas. **Medical Imaging Analysis**, 2023.

KANTANIS, et al. Desafios éticos e vieses algorítmicos em inteligência artificial para saúde. **Journal of Medical Ethics**, 2022.

LI, et al. Telemedicina e IA: ampliação do acesso à saúde em regiões remotas. **International Journal of Telemedicine and Applications**, 2023.

MOHER, et al. Reestruturação dos sistemas de saúde com a pandemia e o papel da telemedicina. **Lancet Digital Health**, 2023.

NGUYEN, et al. Revisão sobre a convergência entre inteligência artificial e telemedicina. **Artificial Intelligence in Medicine**, 2023.

SABA, et al. Benefícios da integração entre IA e telemedicina em países em desenvolvimento. **Global Health Action**, 2022.

SINGH, et al. Análise comparativa de IA e especialistas humanos em diagnósticos clínicos. **Journal of Clinical AI Research**, 2023.

TOPOL, E. **Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again**. New York: Basic Books, 2019.

# **SOBRE O ORGANIZADOR**

## **Patrício Francisco da Silva**

Bacharel em Enfermagem, Graduando em Psicanálise clínica e metapsicologia, Graduando em Psicologia clínica, Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional (UNITAU), Pós-graduado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (CENSUPEG), Educação Permanente em Saúde e Movimento (UFRGS), Educação para a Saúde (FAT), Regulação em Saúde no SUS (SÍRIO LIBANÊS), Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família (UNOPAR), Auditoria em Sistemas de Saúde (FACUMINAS), Enfermagem em Saúde da Mulher (DNA-Pós graduação), Enfermagem em Saúde Mental (DNA-Pós graduação). Tenho propósito de orientar pessoas a ampliarem sua autonomia através da inteligência emocional, autoconhecimento e autoconfiança, que aplicadas no dia a dia levam a mudança de desempenho. Atualmente ocupo os cargos de coordenação em um Centro de Atenção Psicossocial de Imperatriz-MA, sou Professor da Faculdade de Educação Santa Terezinha e Preceptor de Estágios da Faculdade CEUMA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3357867555443272>

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

**Agressão:** 20, 21, 22, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34

**Auditoria Externa:** 8, 9, 11, 12

**AVC:** 58, 59, 60, 61, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71

## C

**Convulsão Febril:** 49, 52, 57

**Cultura de Segurança:** 20, 23, 30, 34

## D

**Depressão:** 59, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 84

**Diagnóstico Clínico:** 86, 87, 90, 93, 94, 95

**Dignidade:** 38, 39, 44, 45

## E

**Educação em Saúde:** 41, 75, 76, 79, 84

**Enfermagem:** 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 35, 36, 37, 46, 47, 72, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85

**Enfermagem:** 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 35, 36, 37, 46, 47, 72, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85

**Enfermagem e Urgência:** 20

**Epilepsia Infantil:** 49, 51

**Estado de mal Epiléptico:** 49, 50, 51, 52, 53, 55, 57

## I

**Idoso:** 75, 77, 78, 79, 81, 82, 84, 85

**Impacto Emocional:** 58, 59, 68, 71

**Impacto Psicossocial:** 59

**Infraestrutura:** 39, 44, 45, 94, 96

**Inovação em Saúde:** 87

**Inteligência Artificial:** 86, 87, 88, 90, 92, 94, 95, 96

## L

**Local de Trabalho:** 20, 21, 30, 33

## N

**Neurocríticos:** 49, 54

## P

**Pediatria:** 49, 50, 51

**Promoção da Saúde:** 22, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84

## Q

**Qualidade de Vida:** 41, 46, 59, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 75, 76, 77, 78, 81, 82, 83

**Qualidade dos Serviços de Enfermagem:** 9

## S

**Serviços de Saúde:** 12, 39, 40, 44, 45, 76, 77, 85, 95

## T

**Tecnologia Médica:** 87

**Telemedicina:** 44, 49, 50, 51, 52, 54, 56, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96

## V

**Violência:** 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 30, 31, 34, 35, 46



