

Volume 4, número 1, Janeiro-Junho/2026 eISSN 2965-579X

REVISTA HGF

HGF



Colaboração,
conexão e
cuidado



HOSPITAL
GERAL DE
FORTALEZA



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



Revista HGF
Elaboração, distribuição e informações.
Hospital Geral de Fortaleza.
Diretoria de Ensino, Pesquisa e Residência.

Hospital Geral de Fortaleza
Rua Riachuelo, 900 - Papicu,
CEP: 60.175-295, Fortaleza/CE
© Governo do Estado do Ceará.
Todos os direitos reservados.
Home Page: <https://www.hgf.ce.gov.br>

Elmano de Freitas da Costa
Governador do Estado do Ceará

Jade Afonso Romero
Vice-governadora do Estado do Ceará

Tânia Mara Silva Coelho
Secretária da Saúde do Estado do Ceará

Manoel Pedro Guedes Guimarães
Diretor-geral do Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Khalil Feitosa de Oliveira
Diretor Técnico (HGF)

Isabel de Autran Nunes Matos
Diretora Administrativa (HGF)

Mariana Ribeiro Moreira
Diretora Médica (HGF)

Regina Maria Monteiro de Sá Barreto
Diretora de Enfermagem (HGF)

Antônia Cristina Jorge
Diretora de Ensino, Pesquisa e Residência (HGF)

eISSN 2965-579X

Publicação Semestral

REVISTA **HGF**

Volume 4 - Número 1
Janeiro - Junho/2026

A Revista HGF © 2023 do Hospital Geral de Fortaleza está licenciada sob a Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). A Revista HGF é uma publicação informativa e técnico-científica que disponibiliza na íntegra artigos aprovados em sistema de avaliação por pares. Idealizada pela Direção de Ensino, Pesquisa e Residência do Hospital Geral de Fortaleza para divulgação do ensino, da pesquisa e da assistência. A revista é dedicada à formação e ao aperfeiçoamento profissional.

© Governo do Estado do Ceará. Hospital Geral de Fortaleza.

Revista HGF volume 4, número 1 - Janeiro - Junho/2026

Editor Científico - Rejane Maria Rodrigues de Abreu Vieira

Conselho Editorial - Antônia Cristina Jorge, Waldélia Maria Santos Monteiro, Jane Eyre Rodrigues de Azevedo, Anna Paula Sousa da Silva, José Ananias Vasconcelos Neto.

Secretaria Editorial - Dayane Paula Ferreira Mota - CRB 3/1310

Normalização bibliográfica - Dayane Paula Ferreira Mota - CRB 3/1310

Revisão - Filipe Dutra (Assessoria de Comunicação do Hospital Geral de Fortaleza - ASCOM/HGF)

Capa - Livia Costa Barbosa (Assessoria de Comunicação do Hospital Geral de Fortaleza - ASCOM/HGF)

Diagramação - Gabriela Moura Calderón

Indexadores e Diretórios / Indexing Services and Directories

Revista HGF
Hospital Geral de Fortaleza
Rua Riachuelo, 900 - Papicu
Fortaleza/CE: 60.175-295
Fone: (85) 3106-3849



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Revista HGF (Hospital Geral de Fortaleza) [recurso eletrônico]. - v. 1, (2023-). - Fortaleza, CE: Secretaria da Saúde, Hospital Geral de Fortaleza, 2023-

1 recurso online: 70p. : il. color.

Semestral a partir de 2025.

eISSN: 2965-579X

1. Ciências da saúde - Periódicos. I. Secretaria da Saúde. II. Hospital Geral de Fortaleza.

CDD 610

SUMÁRIO

07 | Editorial

Acontece no HGF

- 08 | HGF receberá UTI inteligente
- 08 | Cirurgia reconstrutiva inédita no HGF
- 08 | 25 anos de Rim Art
- 08 | HGF institui Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde
- 09 | Equipe do HGF promove 'chá revelação' para casal

Espaço de pesquisa

Artigo original

- 10 | Utilização de um formulário ilustrado no manejo de crianças com constipação crônica funcional em ambulatório de gastropediatria no Hospital Geral de Fortaleza
- 19 | Tratamento do prolapso de órgãos pélvicos utilizando pessário vaginal: satisfação das usuárias

Revisão integrativa

- 28 | Unitarização de medicamentos em farmácia hospitalar: evidências recentes e implicações para a segurança do paciente

Revisão sistemática

- 36 | O estado da arte na nefrectomia minimamente invasiva de doadores vivos: uma revisão comparativa das abordagens convencional, laparoscópica e robótica

Relato de experiência

- 43 | A inserção do farmacêutico residente nos cuidados paliativos e o uso de antimicrobianos no fim de vida de pacientes oncológicos internados em um hospital terciário: um relato de experiência

50 | O papel da equipe de enfermagem na promoção do cuidado humanizado a pacientes em cuidados paliativos na UTI

54 | Ação multiprofissional de educação em saúde no centro de infusão de um hospital geral em fortaleza: desmistificando o tratamento oncológico

60 | Entrevista social como ferramenta de aplicação da instrumentalidade do trabalho da (o) assistente social no campo da saúde

65 | Relato de experiência no fellowship do Hospital Geral de Fortaleza em fisioterapia nos distúrbios de sono

Memória e legado

69 | José Moreira Lima (1931-2025)

EDITORIAL

Caros leitores,

É com grande satisfação que apresentamos a edição de Maio de 2026 da nossa revista científica, um marco significativo em meio às celebrações dos 57 anos do nosso querido hospital. Ao lançarmos esta nova edição, reafirmamos o propósito que sustenta nossa instituição ao longo de mais de cinco décadas: oferecer assistência de excelência, produzir conhecimento e formar conexões que transformam o cuidado em saúde.

Neste ano, o aniversário do hospital traz como tema “Colaboração, conexão e cuidado”, uma escolha que traduz o momento contemporâneo da medicina e da gestão em saúde. Em um cenário marcado pela rápida evolução tecnológica e pela incorporação crescente da inteligência artificial aos processos assistenciais, diagnósticos, educacionais e científicos, somos convidados a refletir sobre como a tecnologia pode potencializar aquilo que temos de mais essencial: a capacidade humana de cuidar.

Ao longo de quatro anos, nossa revista se tornou uma plataforma vital para registrar e compartilhar os acontecimentos mais relevantes do hospital, destacando avanços institucionais, projetos estratégicos, ações assistenciais e iniciativas que impactam diretamente a sociedade. Também celebramos a produção científica desenvolvida por nossos profissionais, pesquisadores, residentes e estudantes, evidenciando o papel da instituição como espaço de construção e difusão do conhecimento.

Ao celebrarmos 57 anos, renovamos nossa convicção de que o futuro da saúde se constrói por meio da colaboração entre equipes multiprofissionais, da conexão entre ciência e assistência e do cuidado centrado nas pessoas. Seguiremos avançando, integrando inovação e humanização, tradição e transformação, sempre guiados pelo compromisso de servir à população com qualidade, responsabilidade e esperança.

Agradecemos a todos que contribuíram para esta edição e esperamos que as páginas seguintes inspirem reflexões, fortaleçam vínculos e o orgulho de pertencermos a uma instituição cuja história continua sendo escrita todos os dias por muitas mãos, diferentes saberes e um propósito comum: cuidar.

Com gratidão e esperança,

Rejane Maria Rodrigues de Abreu Vieira
Editor Chefe



ACONTECE NO HGF

07 de janeiro

HGF receberá UTI inteligente



O HGF receberá uma das 14 Unidades de Terapia Intensiva (UTI) automatizadas, integrando a Rede Nacional Agora Tem Especialistas de Hospitais e Serviços Inteligentes do SUS. A UTI automatizada do HGF contará com serviços totalmente digitais, integração entre equipamentos, sistemas de informação e monitoramento contínuo. Ela e as demais unidades também estarão conectadas a uma central de pesquisa e inovação. A tecnologia, assim, auxiliará na previsão de agravos, apoiará decisões clínicas, otimizará avaliações e permitirá a troca de conhecimento entre especialistas em diferentes regiões.

11 de fevereiro

Cirurgia reconstrutiva inédita no HGF



Com apenas onze dias de vida, Maria Lorena já carrega uma história que marca um novo momento da cirurgia pediátrica no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Nascida com uma malformação anorretal, condição congênita em que o ânus e o reto não se formam corretamente, a bebê foi submetida a um procedimento inédito na unidade: uma cirurgia reconstrutiva, realizada ainda no período neonatal, sem a necessidade de colostomia. Com uma técnica minimamente invasiva, a reconstrução é feita ainda nos primeiros dias de vida, evitando a colostomia. Em poucas semanas, o bebê pode retornar para casa, alimentando-se e evacuando normalmente.

26 de março

25 anos de Rim Art



No Hospital Geral de Fortaleza (HGF), há um espaço que não aparece nos prontuários, mas atravessa muitas histórias clínicas.

Entre linhas, tecidos, tintas e esperança, o projeto Rim Art completa 25 anos como uma extensão silenciosa e essencial do cuidado oferecido a pacientes renais crônicos. A celebração, realizada em 24 de março, reuniu fundadores, profissionais da saúde, pacientes transplantados, doadores e pessoas que, ao longo dessas duas décadas e meia, ajudaram a sustentar o projeto.

08 de abril

HGF institui Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde



O HGF iniciou mais uma ação para a otimização e a modernização de seus serviços: a criação do Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS). Formado por trabalhadores de diversas áreas, o núcleo tem como objetivo realizar pesquisas e estudos para, de forma assertiva e sustentável, trazer para o hospital processos e equipamentos que atendam às necessidades assistenciais.

ACONTECE NO HGF

25 de abril

Equipe do HGF promove 'chá revelação' para casal



Sara chegou ao hospital carregando mais do que a dor do trabalho de parto. Aos 18 anos, longe da cidade onde nasceu, em Manaus, e vivendo há pouco tempo em Fortaleza, ela atravessava um daqueles momentos em que tudo acontece de uma vez: o primeiro filho, o medo do desconhecido e uma curiosidade que ainda não tinha resposta: é menino ou menina? O desfecho veio no fim da noite de 25 de abril. Às 21h50, nasceu Noah Miranda, com pouco mais de dois quilos. O nome agora preenchia o espaço que antes era só expectativa.

Utilização de um formulário ilustrado no manejo de crianças com constipação crônica funcional em Ambulatório de Gastropediatria no Hospital Geral de Fortaleza

Use of an illustrated form in the management of children with chronic functional constipation in a pediatric gastroenterology outpatient clinic at the Fortaleza General Hospital

Submetido: 29/07/2025 | Aprovado: 24/11/2025

Sara Alcântara de Carvalho Lima

<https://orcid.org/0009-0009-6914-7784>

Residência em Pediatria pelo Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Graduada em Medicina pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Autor Correspondente:

Sara Alcântara de Carvalho Lima
E-mail: sara.alc1305@gmail.com

RESUMO

A constipação intestinal crônica funcional tem ampla prevalência na faixa etária pediátrica, gerando consequências para a qualidade de vida, como perda involuntária fecal, fissura anal e comportamento retentivo ao evacuar, além de desconfortos psicoemocionais, incluindo dificuldades em socialização e aprendizagem. Com o intuito de auxiliar na resolução dessa problemática, existem estratégias fundamentais no manejo terapêutico da constipação crônica que trazem resultados positivos no estilo e dinâmica de vida da criança e do seu entorno. Dentre essas medidas, elencamos o consumo adequado de frutas e de verduras, a prática de atividade física em tempo adequado e a ingestão hídrica diária, em volume apropriado. O presente trabalho tem por objetivo desenvolver um Formulário Ilustrado contendo as estratégias citadas, como forma de auxiliar no manejo do paciente com constipação crônica funcional. Trata-se de um estudo de série de casos, no qual os pacientes e cuidadores recebem um Formulário Ilustrado contendo os itens relacionados às medidas terapêuticas não farmacológicas acima citadas, a fim de que o formulário seja preenchido diariamente,

durante trinta dias, a partir do primeiro atendimento. Na reavaliação, observou-se o desfecho do padrão evacuatório e sua relação com o cumprimento das medidas terapêuticas contidas no formulário. Os resultados mostraram uma correlação positiva, $\tau = 0,95$, IC 95% [0,87; 0,99], $p < 0,001$ entre a pontuação dos fatores correspondentes às medidas terapêuticas e o padrão evacuatório do paciente, indicando que a maior pontuação nos fatores esteve associada a uma melhora do padrão evacuatório (número de dias com fezes com aspecto adequado).

Palavras-chave: constipação intestinal; crianças; formulário.

ABSTRACT

The Chronic functional constipation is highly prevalent in children, resulting in consequences for quality of life, such as involuntary fecal loss, anal fissures, and retentive bowel movements, as well as psychoemotional discomfort, including difficulties with socialization and learning. To help resolve this issue, there are fundamental strategies for the therapeutic management of chronic constipation that yield positive results for the lifestyle and dynamics

of children and their environment. These measures include adequate fruit and vegetable consumption, adequate physical activity, and adequate daily fluid intake. This study aims to develop an illustrated form containing the aforementioned strategies to assist in the management of patients with chronic functional constipation. This is a case series study in which patients and caregivers receive an Illustrated Form containing items related to the non-pharmacological therapeutic measures mentioned above. The form is to be completed daily for thirty days, starting from the first visit. During the reassessment, the outcome of the bowel movement pattern and its relationship with compliance with the therapeutic measures contained in the form were observed. The results showed a positive correlation ($\tau = 0.95$, 95% CI [0.87; 0.99], $p < 0.001$) between the scores of the factors corresponding to the therapeutic measures and the patient's bowel movement pattern, indicating that a higher score on the factors was associated with an improvement in the bowel movement pattern (number of days with adequate stool appearance).

Keywords: constipation; children; form.

INTRODUÇÃO

A constipação intestinal na pediatria é definida como a eliminação de fezes endurecidas com dor, dificuldade ou esforço evacuatório, podendo haver ou não comportamento de retenção para evitar a evacuação. A frequência evacuatória é inferior a três evacuações por semana e pode haver incontinência fecal involuntária secundária à retenção de fezes volumosas e calibrosas, denominada como fecaloma. Quando esse quadro se estende por período superior a 30 dias, define-se como constipação intestinal crônica (1).

Geralmente a constipação intestinal crônica é um transtorno funcional, ou seja, sem doença orgânica associada. Segundo dados de 2024 da Sociedade Brasileira de Pediatria (1), esta condição é responsável por 95% dos casos de constipação na infância e predomina em pré-escolares. A prevalência mundial é de cerca de 9,5%.

Por consequência da constipação intestinal, muitas crianças podem apresentar um comportamento retentivo, caracterizado pela recusa em sentar-se no vaso sanitário e, por vezes, eliminando as fezes em locais impróprios. Ainda pode haver perda involuntária fecal como consequência da presença de fezes impactadas no cólon e/ou reto, gerando grande

constrangimento para o paciente, especialmente no ambiente escolar. Além disso, as fezes endurecidas podem promover lesões no ânus e determinar fissuras, ocasionando dor e sangramento. A essas consequências, a SBP nomeia de ciclo “medo, dor e retenção” (1).

A necessidade de medidas preventivas para a constipação crônica funcional se impõe desde a concepção, a partir da alimentação da gestante que terá influência na microbiota intestinal do bebê, bem como a amamentação na primeira hora de vida, contato pele a pele e parto vaginal que trarão consequências positivas relacionadas à programação metabólica da criança, repercutindo nas etapas posteriores da vida. A alimentação complementar deve ser introduzida de modo adequado, com variação nutritiva e saudável, oportunizando à criança a ter contato com diferentes alimentos, dentro das janelas de oportunidade para uma maturação intestinal adequada (2).

Durante o primeiro ano de vida, em geral, iniciam-se as manifestações clínicas da constipação intestinal em expressiva parcela dos pacientes. Uma forma simples de avaliar o formato e a consistência fecal é por meio da escala de Bristol, que agrupa as fezes em sete tipos, do padrão constipado até o diarreico em ordem numérica, respectivamente (3). Consideram-se fisiológicos os tipos fecais 3 e 4.

No que se refere aos fatores nutricionais, deve ser enfatizada a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, em especial pela presença dos oligossacarídeos do leite humano que estão envolvidos nesse mecanismo de proteção. Nas crianças que não recebem aleitamento natural, é citada a adição de prebióticos (frutoligossacarídeos, galactoligossacarídeos e polidextrose) nas fórmulas infantis a fim de reduzir consistência e aumentar frequência evacuatória. Orienta-se também restringir o consumo de fórmula láctea ou leite de vaca às necessidades diárias, a fim de que essas crianças aceitem melhor, futuramente, dietas mais diversificadas (2).

A introdução alimentar é a época que se associa com maior probabilidade de início de constipação intestinal. O Manual de Orientação para Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente de 2021 aconselha uma composição de dieta baseada nos grupos alimentares que constitui a Pirâmide Alimentar e no número de porções diárias de cada grupo respectivo, respeitando a faixa etária do paciente (4).

No contexto da constipação, foca-se em especial no consumo adequado de frutas e de verduras e legumes por faixa etária, alimentos que são facilitadores do funcionamento intestinal fisiológico (5). Deve-se também evitar a ingestão de sucos coados, refrigerantes, produtos com alto teor de açúcar e baixo teor de fibras, bem como o consumo de doces, industrializados e ultra processados (6).

Em relação ao consumo hídrico adequado, a Sociedade Brasileira de Pediatria estipulou a ingestão diária de 700ml de água no bebê até seis meses que faz uso de fórmula artificial, 800ml no lactente entre sete e doze meses, 1.3 litros entre um e três anos, 1.7 litros entre quatro e oito anos, 2.4 litros entre nove e treze anos, 3.3 litros entre quatorze e dezoito anos (7).

Recomenda-se também a prática de atividade física durante tempo adequado por faixa etária, que segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, para crianças menores de dois anos que já andem, considera-se adequado 180 minutos diários incluindo desde atividades leves, como mover-se de pé, rolar e brincar, além de atividades mais energéticas como saltar, pular e correr. Dos três aos cinco anos, também é considerado o tempo de 180 minutos e já se enfatiza a prática de esportes. Na faixa etária de seis a dezenove anos de idade orienta-se pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa em, pelo menos, três dias por semana (8).

Esses são os principais fatores relacionados ao manejo terapêutico da constipação crônica. Sabe-se, contudo, que esse manejo pode apresentar períodos de não adesão, tendo em vista que são mudanças permanentes no estilo de vida da criança e/ou do adolescente. Por vezes percebe-se uma certa passividade do paciente e/ou dos familiares em seguirem essas orientações, contudo, faz-se necessário o protagonismo destes em aderir às mudanças apresentadas, além de também desenvolver progressivamente nesse paciente o sentido de autonomia e autocuidado.

Na avaliação da criança portadora de constipação crônica funcional, oportuniza-se um momento para mudança de hábitos alimentares na família, com estímulo positivo para que pais e cuidadores também sejam motivados a consumir alimentos naturais, ricos em fibras, aumento da ingestão de água, além de práticas comportamentais como atividades físicas e ao ar livre, redução do uso de telas e refeições prazerosas em família.

O preparo e a higiene dos alimentos também podem ser incentivados, de modo que as crianças maiores participem da elaboração de suas refeições, estabelecendo uma relação positiva e saudável com a alimentação. O cultivo de hortaliças e fruteiras nas residências também é estratégia que pode ser abordada durante o atendimento, aumentando assim a relação da família com a natureza, medida importante para a percepção da criança no seu papel dentro dos ambientes naturais.

Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo desenvolver um Formulário Ilustrado (Figura 1) contendo os fatores relacionados às medidas não farmacológicas no manejo da constipação, dispostos de forma acessível para que a criança e seus familiares tenham uma boa adesão das orientações. Objetiva-se testar esse formulário como forma de auxiliar no manejo do paciente com constipação crônica funcional acompanhado no ambulatório de gastropediatria do Hospital Geral de Fortaleza.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de Estudo:

Estudo de série de casos.

Local e período do estudo:

Ambulatório de gastropediatria do Hospital Geral de Fortaleza no período de janeiro/2024 a dezembro/2024.

População e amostra:

Durante o estudo foram avaliadas 20 crianças com quadro de constipação crônica funcional que ingressaram no ambulatório de gastropediatria do Hospital Geral de Fortaleza no período de janeiro/2024 a dezembro/2024, em primeiro atendimento para a condição apresentada. A amostra foi por conveniência, de acordo com o perfil dos pacientes que chegaram ao ambulatório e que preenchiam os critérios de inclusão. Ao final da primeira consulta, estas receberam as mesmas orientações sobre os fatores relacionados ao manejo terapêutico da constipação crônica e posteriormente, foi explicado e entregue o Formulário Ilustrado (Figura 1).

Além da orientação quanto às medidas não farmacológicas contidas no Formulário Ilustrado, para aquelas crianças que necessitaram do uso de medicação, foi prescrito o PEG para desimpactação, nos casos em que houve necessidade. Doses de manutenção foram prescritas, conforme as diretrizes recomendadas (1).

Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão:

- Paciente na faixa etária pediátrica pré-escolar, escolar ou adolescente (2 a 19 anos) que ingressou no ambulatório de gastropediatria do Hospital Geral de Fortaleza (janeiro a dezembro de 2024);
- Paciente com o diagnóstico de Constipação Crônica Funcional;
- Concordância da mãe ou do representante legal em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão:

- Paciente fora da faixa etária pediátrica pré-escolar, escolar ou adolescente (2 a 19 anos) que ingressou no ambulatório de gastropediatria do Hospital Geral de Fortaleza;
- Paciente com constipação crônica relacionada a causas orgânicas, tais como doença celíaca, alergia à proteína do leite de vaca (APLV), mielomeningocele, hipotireoidismo, paralisia cerebral, dentre outros;
- Paciente cuja mãe ou representante legal não consentiu na participação da criança no estudo, após o devido esclarecimento.

Variáveis do estudo

Para obtenção das variáveis do estudo, foi realizada uma revisão de literatura acerca das principais variáveis relacionadas à Constipação Crônica Funcional, sendo então elencados quatro fatores e criado o Formulário Ilustrado pela autora do trabalho. As ilustrações do Formulário foram obtidas por meio de imagens que caracterizassem cada fator e que fossem de fácil entendimento pelas crianças e/ou responsáveis pelo preenchimento do Formulário.

Dito isso, descrevemos as seguintes variáveis do estudo:

Variáveis preditoras:

- Consumo diário de frutas (número de porções);
- Consumo diário de legumes e/ou verduras (número de porções);
- Consumo diário de água diário (volume total diário);
- Prática e tempo de atividade física adequados (minutos/dia).

Variáveis de desfecho:

- Número de dias com evacuações de padrão fisiológico (BRISTOL 3 e 4).

Estratégias de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio do Formulário

Ilustrado entregue, junto a um Material Explicativo de como deverá ser o correto preenchimento do instrumento, em consulta para a mãe ou o responsável pela criança enquadrada na amostra. O formulário foi explicado ao paciente e ao seu responsável, retiradas todas as dúvidas e pactuado que o mesmo deverá ser preenchido diariamente no período de um mês e trazido na consulta de retorno.

Análises de dados

Após retorno ambulatorial das 20 crianças incluídas na pesquisa e conseqüente recebimento dos formulários devidamente preenchidos, foi questionado ao responsável pelo preenchimento do formulário se o uso dele foi um facilitador para o adequado cumprimento das orientações propostas na primeira consulta sobre os fatores relacionados ao manejo terapêutico da constipação crônica.

Além disso, foi feita a análise quantitativa de cada formulário por meio de uma nota atribuída a cada um dos quatro fatores relacionados ao manejo terapêutico de no mínimo 0 e no máximo 2,5 pontos. Essa nota se dará pela relação entre quantos dias a orientação recebida na primeira consulta em cada fator foi seguida de forma adequada e o total de dias de preenchimento do formulário (30 dias). A seguir foi somada a nota dos quatro fatores para obtenção da nota final do formulário referente a um somatório das variáveis preditoras. Por fim, foi correlacionada essa nota final de cada formulário com o desfecho do padrão evacuatório do paciente correspondente, no qual consideramos a quantidade de dias em que o paciente obteve o padrão evacuatório fisiológico de Bristol 3 e/ou 4.

Para avaliar a associação entre a nota final do formulário e o desfecho do padrão evacuatório do paciente foi realizada uma análise de correlação Tau de Kendall. Esse tipo de correlação é indicado quando se atende o pressuposto de distribuição normal dos dados (Shapiro-Wilk = 0,89; $p = 0,008$) e quando se tem um tamanho amostral pequeno (9).

Aspectos éticos e legais

O projeto de pesquisa inicialmente foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Aprovado sob número do Parecer de Aprovação Memo nº 129/2023. Após, foi cadastrado na Plataforma Brasil, e, posteriormente, iniciou-se a coleta de dados.

Na fase de execução da pesquisa, antes da entrega do formulário para a mãe ou o responsável pela criança, estes receberam as informações necessárias sobre a relevância social da pesquisa, sua forma de participação, além da garantia de preservação de sua

confidencialidade e privacidade.

A participação no estudo foi voluntária, através de manifestação livre, esclarecida e expressa, e não remunerada. Os pesquisadores têm o compromisso de garantir:

- o máximo benefício e anular ou minimizar os danos e riscos aos entrevistados, em especial à criança;
- a adequabilidade da pesquisa aos princípios científicos;
- a fundamentação do projeto em fatos científicos confiáveis e bem aceitos;
- a utilização de métodos adequados para o estudo das variáveis.

Dessa forma, foram garantidos o respeito, a dignidade e a autonomia do participante, assegurando a sua vontade de permanecer, ou não, e de contribuir para a pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Riscos e benefícios

Na fase de execução da pesquisa foi aplicado o formulário ilustrado (Figura 1) que apresenta um risco mínimo, visto que toda pesquisa em seres humanos envolve riscos, segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde em seu item "II.22": "- risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em qualquer pesquisa e dela recorrente". Esta pesquisa apresentou o risco inerente à exposição do participante e o risco de quebra de sigilo, além de

possível constrangimento para o familiar em relação à dimensão econômica ao ser questionado sobre a alimentação ofertada à criança. Há também a remota possibilidade de risco de desconforto para a criança ao compreender que o aspecto de suas fezes será diariamente registrado no formulário. Contudo, esses riscos serão minimizados pela ratificação do sigilo dos dados, bem como de seu uso apenas para fins de estudo.

Já em relação aos benefícios, uma vez havendo conclusão favorável do uso do formulário como forma de auxílio no manejo do paciente com constipação crônica, espera-se que o formulário possa ser amplamente utilizado para os pacientes com o mesmo diagnóstico, sem que haja qualquer custo ou restrição.







RESULTADOS

A amostra foi constituída por 20 crianças e adolescentes, com idade variável entre 2 anos e 6 meses a 17 anos e 1 mês. A média da idade foi de 6 anos e 4 meses e a mediana da idade foi 5 anos e 4 meses.

Consideramos a divisão por faixa etária preconizada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, em que se define pré-escolar dos 2 anos até os 5 anos e 11 meses de idade, escolar dos 6 anos até os 9 anos e 11 meses de idade e adolescente dos 10 anos até os 19 anos e 11 meses de idade. Dessa forma, no trabalho tivemos 11 pré-escolares, 4 escolares e 5 adolescentes.

O estudo dos dados ocorreu por meio da análise de cada fator do Formulário Ilustrado, conforme modelo abaixo:

Figura 1 - Formulário ilustrado

FORMULÁRIO ILUSTRADO PARA PACIENTE COM CONSTIPAÇÃO CRÔNICA FUNCIONAL																														
NÚMERO DO FORMULÁRIO: _____			DATA DE INÍCIO DO PREENCHIMENTO: ___/___/2024										DATA DO FINAL DO PREENCHIMENTO : ___/___/2024																	
INDICADOR/ DIA DO MÊS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
NÚMERO DE PORÇÕES DE FRUTAS NO DIA 																														
NÚMERO DE PORÇÕES DE LEGUMES/VERDURAS NO DIA 																														
VOLUME TOTAL DE ÁGUA INGERIDO NO DIA 																														
TEMPO TOTAL DE PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NO DIA EM MINUTOS 																														
ASPECTO DAS FEZES – ESCALA DE BRISTOL 																														
NÚMERO DE EVACUAÇÕES NO DIA																														
USO DE TRONINHO E/OU VASO SANITÁRIO 																														

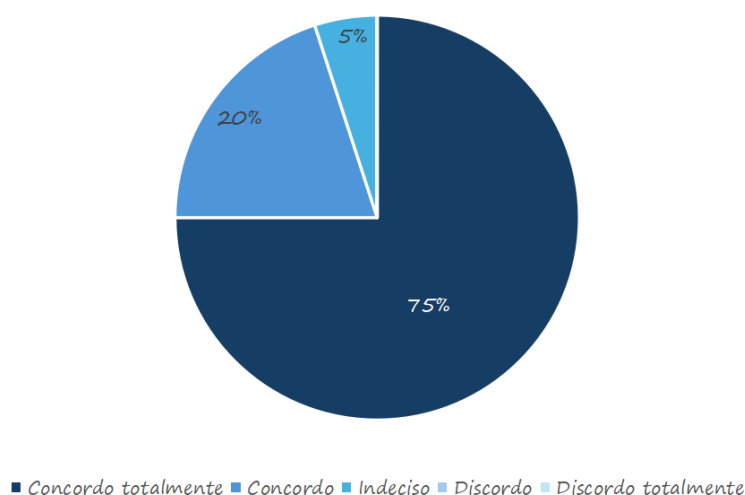
Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

Inicialmente, foi questionado ao responsável pelo preenchimento do formulário se o uso dele foi um facilitador para o adequado cumprimento das orientações propostas na primeira consulta sobre os fatores relacionados ao manejo terapêutico da constipação crônica. Em 100% das vezes a responsável pela resposta à pergunta foi a mãe do

paciente.

Utilizamos a escala que avalia a concordância ou não com a pergunta, na qual há 5 opções de resposta: “concordo totalmente”; “concordo”; “indeciso”; “discordo”, “discordo totalmente”. Pode-se realizar a seguinte análise:

Gráfico 1 - Qualificador do formulário



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Das 20 respostas ao questionarmos o responsável pelo preenchimento do formulário se o uso dele foi um facilitador para o adequado cumprimento das orientações propostas na primeira consulta sobre os fatores relacionados ao manejo terapêutico, pontuou-se que 75% (15) responderam “concordo totalmente”, 20% (4) responderam “concordo” e 5% (1) respondeu “indeciso”. Não houve resposta “discordo” ou “discordo totalmente”. Importante frisar que ao ser indagada sobre a resposta “indecisa” houve a explicação de que o preenchimento do formulário pode ser trabalhoso tendo em vista a necessidade de preenchimento diário. Contudo, faz-se importante pontuar também que outras mães elogiaram o formulário com “é fácil de preencher”, “me ajudou a lembrar de que ele precisava beber

mais água no dia” e “achei bem interativo”.

Nos passos seguintes, foi feita a análise de cada formulário por meio de uma nota atribuída a cada um dos quatro fatores relacionados ao manejo terapêutico de 0 a 2,5 pontos. Essa nota foi obtida pela relação entre quantos dias a orientação dada na primeira consulta em cada fator foi seguida de forma adequada e o total de dias de preenchimento do formulário (30 dias).

Após obtenção da nota individual de cada fator analisado, foi calculada a nota média por fator e a porcentagem dessa nota em relação à pontuação máxima. Obtivemos o seguinte resultado:

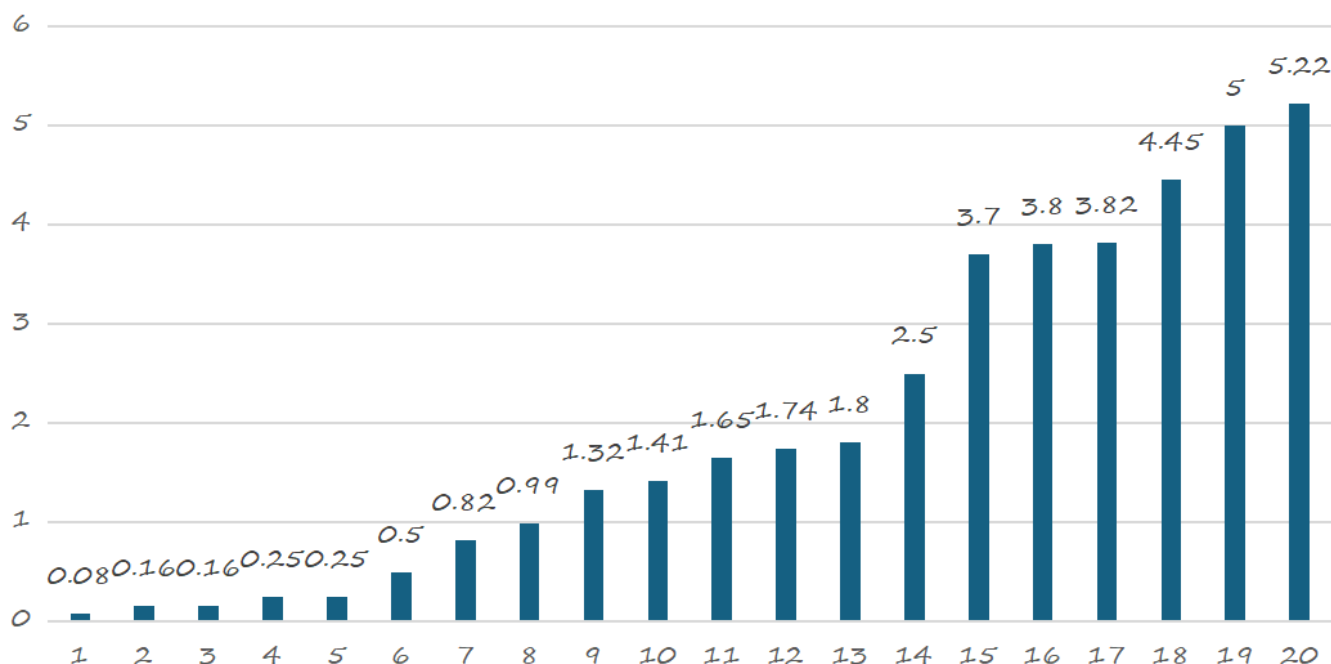
Tabela 1 - Nota média por fator

Fator	Nota Média	Variação da Nota
No de porções de frutas no dia	1,24	0,08 – 2,5
No de porções de legumes/verduras no dia	0,92	0 – 2,5
Volume total de água ingerido no dia	0,86	0 – 1,83
Tempo total de atividade física no dia em minutos	1,08	0 – 2

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Na sequência, foi somada a nota dos quatro fatores em cada formulário totalizando uma nota final do formulário que poderia variar de zero a dez. As notas obtidas estão dispostas na ilustração abaixo:

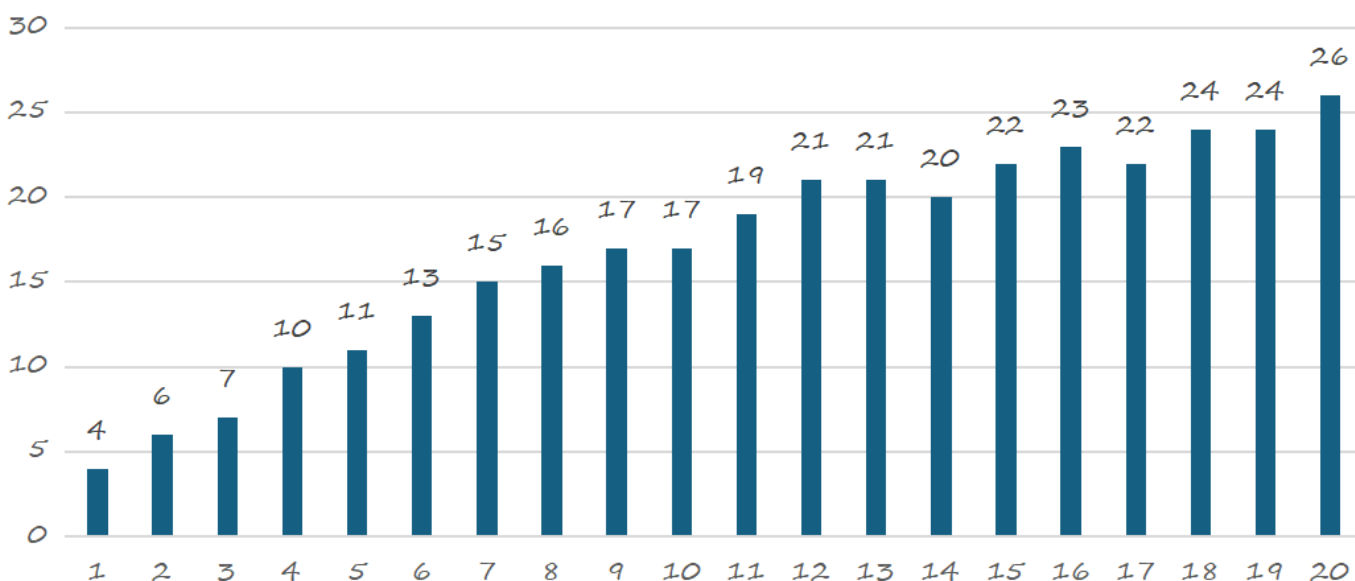
Gráfico 2 - Nota por formulário



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Na sequência, a essa nota final do formulário foi feita a correlação com o desfecho do padrão evacuatório do paciente correspondente, no qual consideramos a quantidade de dias em que o paciente obteve o padrão evacuatório fisiológico de Bristol 3 e/ou 4. Obteve-se o seguinte desfecho:

Gráfico 3 - Número dias padrão evacuatório fisiológico por formulário



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Para além dessa análise visual, foi realizada também uma análise de correlação. Os resultados mostraram uma correlação positiva, $\tau = 0,95$, IC 95% [0,87; 0,99], $p < 0,001$ entre a pontuação dos fatores e o padrão evacuatório do paciente, indicando que a maior pontuação nos fatores esteve associada a uma melhora do padrão evacuatório, ou seja, número de dias com fezes com aspecto adequado (9).

DISCUSSÃO

Na análise qualitativa do questionário, um aspecto relevante da utilização dos formulários manualmente é o uso de uma ferramenta física por parte dos cuidadores, em plena era digital. Durante as consultas pediátricas, os profissionais de saúde da criança têm muito cuidado, em seus discursos, de estimular os cuidadores a lerem, desenharem e mostrarem gravuras físicas às crianças, em sua rotina diária, no estímulo ao desenvolvimento infantil. Por mais que mídias e tecnologias digitais sejam inovadoras, houve a percepção de que o manejo por parte do cuidador de um instrumento físico a ser preenchido da forma proposta, trouxe uma conotação de caminho na “contramão” do excesso de tecnologia que tanto preocupa os profissionais da assistência infantil.

Nos passos seguintes, ao ser feita a análise de cada formulário por meio de uma nota atribuída a cada um dos quatro fatores relacionados ao manejo terapêutico, considerando que a nota máxima em cada fator é igual a 2,5, pode-se afirmar, ao analisar essa tabela, que a nota média de cada fator foi baixa, sendo o consumo de frutas o fator com melhor nota, pontuando uma nota que corresponde a cerca de 50% da pontuação máxima. Já o fator de pior nota foi o volume total de água ingerido no dia, com porcentagem de cerca de um terço da pontuação máxima.

Pode-se observar que a nota final de grande parte dos formulários foi abaixo de 5 (cinco), o que evidencia que houve cumprimento insuficiente de um ou mais dos quatro fatores relacionados ao manejo terapêutico da constipação. Contudo, notou-se que na maioria dos formulários houve adequado seguimento na maior parte dos dias de pelo menos um desses fatores, o que já torna válida a orientação feita na primeira consulta sobre a necessidade de mudanças dos hábitos propostos.

Na sequência, a essa nota final do formulário foi feita a correlação com o desfecho do padrão evacuatório

do paciente correspondente, pode-se observar que o gráfico acima apresenta padrão ascendente progressivo de suas colunas na sequência da esquerda para a direita, evidenciando que os pacientes com maior nota no Formulário, ou seja, com melhor cumprimento das orientações propostas na primeira consulta, obtiveram quantidade maior de dias de padrão fecal fisiológico.

CONCLUSÃO

A Constipação Crônica Funcional é um problema de saúde pública na infância e traz demandas para atenção terciária em Pediatria, como é o caso dos pacientes atendidos com essa condição no Hospital Geral de Fortaleza.

As medidas preventivas para que se evite a Constipação Funcional devem ser implantadas nas estratégias de Atenção Primária em Saúde, visto que a programação metabólica da criança e sua maturidade digestiva depende de intervenções a serem feitas dentro do período dos 1000 primeiros dias de vida.

Estratégias simples, objetivas e não farmacológicas são eficazes no controle do padrão evacuatório das crianças, desde que sejam bem orientadas e conduzidas por profissionais de saúde, com monitoramento adequado. Mudanças positivas nos hábitos de vida da família e de cuidadores impactam de sobremaneira na saúde digestiva da criança.

A análise qualitativa e quantitativa estatística do Formulário Ilustrado para o Manejo da Constipação Crônica Funcional traz a possibilidade de sua validação como instrumento facilitador para o seguimento das orientações propostas e, uma vez que houve impacto na melhoria do padrão evacuatório dos pacientes e da resposta terapêutica no manejo da Constipação Crônica Funcional.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Gastroenterologia. Constipação intestinal [Internet]. Rio de Janeiro: SPB; 2024 [acesso em 28 out. 2024]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24448f-GPO-Constipacao_intestinal.pdf.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Constipação intestinal. In: Sociedade Brasileira de Pediatria.

Tratado de pediatria. 5. ed. Barueri: Manole; 2022. Cap 10, p. 120-35.

3. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Gastroenterologia. Constipação funcional [Internet]. Rio de Janeiro: SPB; 2021 [acesso em 28 out. 2024]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/pediatria-para-familias/doencas/constipacao-intestinal/>.

4. Universidade Federal de Juiz de Fora, Hospital Universitário. Manual de assistência nutricional: pediatria. Juiz de Fora: HU-UFJF; 2023.

5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de avaliação nutricional. 2. ed. Rio de Janeiro: SPB; 2021.

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

7. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Gastroenterologia. Constipação intestinal. Rio de Janeiro: SPB; 2018.

8. Sociedade Brasileira de Pediatria. Grupo de Trabalho em Atividade Física. Promoção da atividade física na infância e adolescência [Internet]. Rio de Janeiro: SPB; 2017 [acesso em 28 out. 2024]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19890d-MO-Promo_AtivFisica_na_Inf_e_Adoles.pdf.

9. Puth MT, Neuhäuser M, Ruxton GD. Effective use of Spearman's and Kendall's correlation coefficients for association between two measured traits. *Anim Behav.* 2015;102:77-84.

Tratamento do prolapso de órgãos pélvicos utilizando pessário vaginal: satisfação das usuárias

Treatment of pelvic organ prolapse using vaginal pessary: user satisfaction

Submetido: 22/09/2025 | Aprovado: 24/11/2025

José Ananias Vasconcelos Neto

<https://orcid.org/0000-0001-6784-5970>

Doutor em Ciências Médico-Cirúrgicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Mestre em Tocoginecologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Graduado em Medicina pela Universidade Estadual do Pará (UEPA), Preceptor da Residência de Ginecologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), no qual é coordenador do Serviço de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico e chefe do Serviço de Ginecologia, Professor adjunto da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Coordenador do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Saúde da Mulher e Assoalho Pélvico (GISMAP/UFC), Universidade Federal do Ceará (UFC).

Maria Laura Silva Gomes

<https://orcid.org/0000-0003-2534-7863>

Doutora em Enfermagem em Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Hospital Universitário do Ceará (HUC).

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

<https://orcid.org/0000-0003-4578-4657>

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Professora Adjunta C2 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), Líder do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Saúde da Mulher e Assoalho Pélvico (GISMAP/UFC), Universidade Federal do Ceará (UFC).

Benedito Silveira da Costa Filho

<https://orcid.org/0009-0001-5420-7555>

Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Rodrigo Guimarães Bandeira

<https://orcid.org/0009-0004-2966-6209>

Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Roberta Meneses Oliveira

<https://orcid.org/0000-0002-5803-8605>

Doutora em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), com Doutorado sanduíche na Universidade Católica de Murcia - Espanha (UCAM), Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Especialização em Enfermagem Clínica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (DENF/FFOE/UFC), Coordena o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gestão e Cuidado em Saúde (NUGESC/UFC), Universidade Federal do Ceará (UFC).

Autor Correspondente:

José Ananias Vasconcelos Neto
E-mail: ananiasvasconcelos@ufc.br

RESUMO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma condição comum que compromete a qualidade de vida de mulheres, especialmente em idades avançadas. O pessário vaginal é uma alternativa conservadora eficaz para aliviar sintomas e postergar intervenções cirúrgicas. Este estudo quantitativo avaliou a satisfação de usuárias atendidas em um serviço público de uroginecologia em Fortaleza–CE, entre agosto e novembro de 2019. Participaram 74 mulheres com diagnóstico de POP, acompanhadas entre 2013 e 2019. A coleta de dados envolveu questionários sociodemográficos, o instrumento do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNAAS) e o SERVPERF. A análise foi realizada com o software SPSS. Os resultados indicaram alta satisfação, com destaque para confiabilidade e segurança da equipe, além de avaliações positivas quanto à limpeza, recepção e esclarecimentos. O tempo de espera, especialmente para a primeira consulta e no dia do atendimento, foi apontado como fator de insatisfação. As percepções das usuárias devem orientar melhorias na qualidade assistencial e favorecer a adesão ao tratamento conservador do POP.

Palavras-chave: pessários; prolapso de órgão pélvico; satisfação pessoal.

ABSTRACT

Pelvic organ prolapse (POP) is a common condition that negatively impacts women's quality of life, particularly among older age groups. Vaginal pessaries represent a conservative and effective treatment option, aimed at symptom relief and postponing surgical intervention. This quantitative study assessed user satisfaction and perceived service performance in a public urogynecology outpatient clinic in Fortaleza, Brazil, between August and November 2019. A total of 74 women diagnosed with symptomatic POP, followed from 2013 to 2019, participated in the study. Data collection included sociodemographic questionnaires, the National Program for Health Services Evaluation (PNAAS), and the Service Performance (SERVPERF) instrument. Statistical analysis was performed using SPSS software. The findings revealed high levels of satisfaction, particularly in the domains of reliability and safety of the healthcare team. Most participants rated aspects such as cleanliness, reception, staff interaction, and treatment explanations as "very good" or "good." However, prolonged

waiting times—both for initial appointments and on the day of care—were identified as sources of dissatisfaction, with some patients waiting up to 12 hours. These findings highlight the need for service improvements to enhance care quality and promote adherence to conservative POP management.

Keywords: pessaries; pelvic organ prolapse; personal satisfaction.

INTRODUÇÃO

Sensações como “bola na vagina”, peso pélvico e esforço para urinar são queixas ginecológicas frequentes que indicam Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) (1), muitas vezes negligenciado na prática clínica. Embora raramente cause morbidade ou mortalidade significativas, o POP compromete a qualidade de vida feminina (2,3), reforçando sua relevância na assistência à saúde da mulher. Apesar da escassez de dados epidemiológicos, estima-se que 37% das mulheres acima de 80 anos sejam afetadas (4). Com o aumento da expectativa de vida e do IMC, a demanda por cuidados relacionados ao assoalho pélvico pode crescer até 35% até 2030 (5), exigindo preparo dos serviços de saúde para atender com qualidade e sustentabilidade.

O pessário vaginal é uma opção conservadora, reutilizável e de baixo risco, indicada como tratamento inicial do POP por aliviar sintomas e melhorar a qualidade de vida (6-10), podendo adiar ou evitar cirurgia (11). Diversos serviços já oferecem essa abordagem (12-14), embora apresentem variações nos indicadores de sucesso, como taxa de inserção, adesão e seguimento.

Essas diferenças são atribuídas tanto a fatores individuais (idade, estágio do POP, mobilidade) quanto a aspectos estruturais e assistenciais dos serviços, como acesso ao dispositivo, protocolos clínicos e estratégias educativas. Em 2019, foi realizada uma avaliação ampliada de um serviço público pioneiro no Nordeste do Brasil, baseada nas dimensões de estrutura, processo e resultado, segundo Donabedian (15). Embora estrutura e processo já tenham sido analisados, faltava avaliar os resultados — incluindo impacto na saúde, função psicossocial e satisfação das usuárias. Considerar a percepção das usuárias permite aprimorar práticas assistenciais alinhadas às suas expectativas (16,17). Assim, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a satisfação e a percepção de desempenho do serviço por mulheres em uso de pessário vaginal.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa e caráter descritivo e exploratório, realizada entre agosto e novembro de 2019 no serviço de uroginecologia de um hospital público estadual em Fortaleza-CE. O serviço conta com equipe multiprofissional composta por médico uroginecologista e enfermeiras estomaterapeutas.

A população do estudo incluiu mulheres com diagnóstico de prolapso de órgãos pélvicos (POP) encaminhadas para avaliação do uso do pessário vaginal como tratamento conservador, definitivo ou provisório. Foram consideradas elegíveis aquelas com POP sintomático, idade ≥ 18 anos, capacidade de compreensão e concordância com o uso do dispositivo. As participantes foram abordadas de forma aleatória, conforme disponibilidade e presença no serviço durante o período de coleta, não sistematizada e por conveniência. Para minimizar vieses de seleção, buscou-se abordar usuárias em diferentes dias e turnos de atendimento. Ao final, participaram 74 mulheres, calculada a partir de uma população de 145 atendidas entre 2013 e julho de 2019, com intervalo de confiança de 95%, erro padrão de 5% e prevalência estimada de 75,3% (18-20). Não foram registrados dados referentes ao número de participantes elegíveis que recusaram participar; todas as mulheres abordadas que atenderam aos critérios de inclusão consentiram em participar do estudo.

A coleta de dados envolveu análise de prontuários e aplicação de instrumentos validados para avaliação da satisfação e percepção de desempenho do serviço. As participantes foram abordadas durante consultas de seguimento e, após consentimento livre e esclarecido, responderam a entrevista estruturada conduzida por pesquisadora independente, em ambiente reservado. Utilizaram-se três instrumentos: levantamento sociodemográfico, questionário adaptado do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) com 16 questões relacionados com avaliação de serviços de caráter ambulatorial; seis adicionais baseadas nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente abordando identificação segura do paciente, higienização das mãos, comunicação segura e prevenção de quedas (16); e o SERVPERF, composto por 22 itens distribuídos em cinco dimensões da qualidade: confiabilidade, tangibilidade, sensibilidade, segurança e empatia (17). As respostas foram mensuradas por escala Likert de 7 pontos, validada para o contexto da saúde no Brasil

(21-23). Embora o alfa de Cronbach não tenha sido calculado especificamente para a presente amostra, optou-se pela utilização do SERVPERF por tratar-se de instrumento previamente validado para o contexto brasileiro e com confiabilidade amplamente estabelecida na literatura (24).

Os dados foram analisados por meio do software SPSS, versão 22.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 3.358.527 e CAEE: 11287219.0.0000.5040 (25).

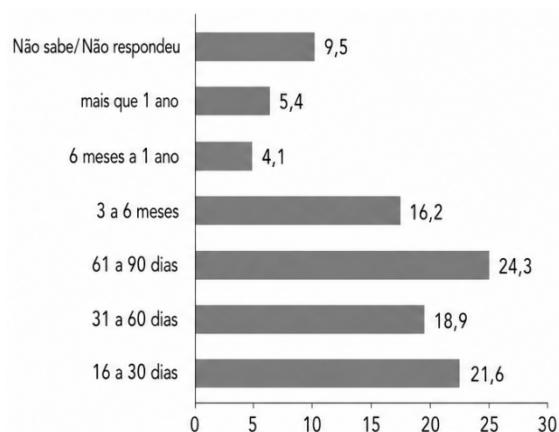
RESULTADOS

A média de idade dos pacientes foi de 67.1 ± 8.2 anos, variando de 45 a 86 anos. A maioria das mulheres é proveniente da zona urbana ($n=64$; 86.5%), aposentada 33/72 ($n=41$; 55.4%), com renda acima de um salário-mínimo, poucos anos de estudo ($Md:5,1 \pm 4,5$), casadas ou em união estável ($n=33$; 45.8%), menopausadas ($n=70$; 98,6%) e sem atividade sexual ativa ($n=61$; 82.4%). Dessas participantes do estudo, atualmente, quarenta e oito (64.9%) mulheres continuam utilizando o pessário como tratamento conservador do POP.

Em relação dos dados da avaliação da satisfação das usuárias do Ambulatório de Pessário identificou-se que a maioria das mulheres esperam de 61 a 90 dias pela primeira consulta para avaliação médica (Figura 1A), sendo que a maioria avaliou esse tempo de espera como “Bom” ou “Muito bom” (Figura1B).

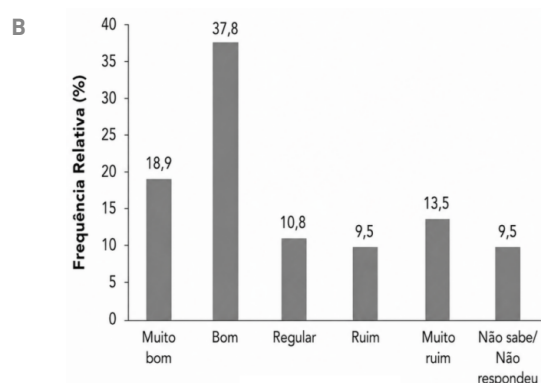
Figura 1A - Distribuição do tempo de espera para marcar a primeira consulta.

A



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

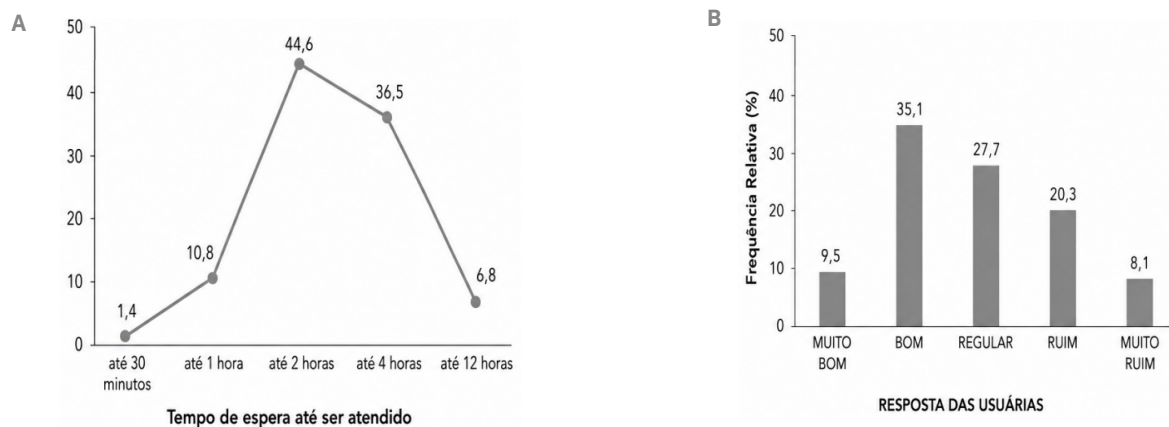
Figura 1B - Distribuição da opinião das usuárias sobre o tempo de espera para marcar a primeira consulta no Ambulatório de Pessário (n=74). Fortaleza-CE, Brasil, 2021.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

De maneira geral, quase metade das mulheres esperam até 2 horas para serem atendidas. Algumas mulheres referiram esperar até 12 horas para serem atendidas (n=5; 6,8%) (Figura 2A). Quando questionadas a respeito desse tempo de espera, a maioria avaliou como “Bom” ou “Regular” (Figura 2B).

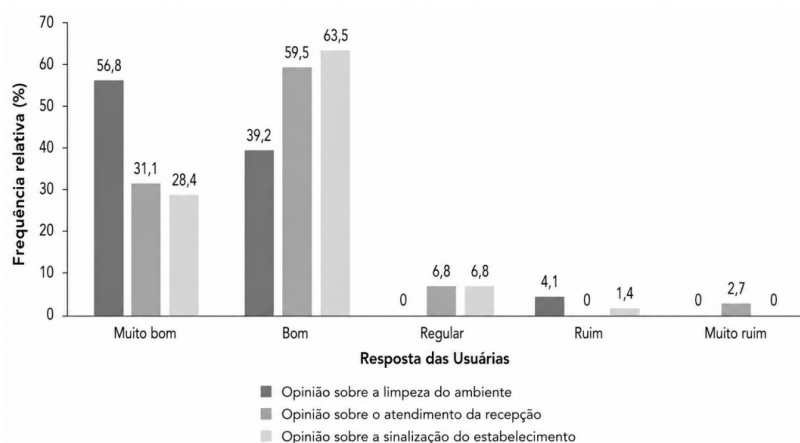
Figura 2A - Distribuição do tempo de espera para ser atendido no Ambulatório de Pessário (n=74) e **Figura 2B** - Distribuição da opinião das usuárias do Ambulatório sobre a o tempo de espera por atendida (n=74). Fortaleza-CE, Brasil, 2021.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

As participantes desse estudo, avaliaram a limpeza do ambiente, o atendimento da recepção e a sinalização do estabelecimento do Ambulatório de Pessário como “Muito bom” e “Bom” (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição da opinião das usuárias do Ambulatório de Pessário sobre a limpeza do ambiente, o atendimento da recepção e a sinalização do serviço (n=74). Fortaleza-CE, 2021.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A maioria das participantes avaliou positivamente o atendimento médico e de enfermagem, classificando-o como “Muito bom” ou “Bom”. Além disso, 97,3% relataram sentir-se seguras durante o atendimento. Quanto à qualidade das informações prestadas, 77% consideraram “Muito bom”, 20,3% “Bom” e 2,7% “Regular”. A avaliação geral do serviço foi “Muito bom” (48,6%), “Bom” (45,9%) e “Regular” (5,4%)

Das 74 mulheres entrevistadas, 18,9% informaram ter pagado pelo pessário. A maioria (93,2%) sabia onde registrar reclamações em caso de insatisfação. Mais da metade (52,8%) não soube informar o nome do profissional que as atendeu, e 59,5% receberam pulseira de identificação, substituída por papel durante o período de falta do material.

Quanto à segurança assistencial, 97,3% relataram que os profissionais confirmaram seu nome antes

da consulta, 100% observaram higienização das mãos e 98,6% relataram medidas de prevenção de quedas, embora não especificadas. Por fim, 89,2% afirmaram ter recebido esclarecimentos adequados sobre os riscos e benefícios do uso do pessário como tratamento conservador.

Com a utilização do Questionário SERVPERF percebemos que os domínios mais bem avaliados foram relacionados a Confiabilidade e Segurança. O item com nível de avaliação intermediária foi o tempo de duração do atendimento, no qual algumas mulheres apontaram como um atendimento demorado. Ainda percebemos que existe uma diversidade de opiniões acerca do horário de atendimento do Ambulatório de Pessário. Quase metade das mulheres (n=35; 47,3%) confirmou que o ambulatório funciona em horário inconveniente, sugerindo que deveria haver mais opções (Tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação da qualidade do atendimento no Ambulatório de Pessário segundo os domínios do instrumento SERVPERF, na percepção das usuárias (n=74). Fortaleza-CE, 2021.

Tangibilidade									
	DT	DP	D	N	C	CP	CT	M	Md
1. O ambulatório tem equipamentos modernos.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	02(2,7%)	12(16,2%)	20(27,0%)	40(54,1%)	7,0	7,0
2. O ambulatório tem instalações físicas visualmente atrativas.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	04(5,4%)	14(18,9%)	11(14,9%)	45(60,8%)	7,0	7,0
3. Os profissionais têm uma aparência cuidada.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	03(4,1%)	13(17,6%)	58(78,4%)	7,0	7,0
4. O ambulatório tem instalações físicas adequadas ao serviço que realiza.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	05(6,8%)	17(23,0%)	52(70,3%)	7,0	7,0
Confiabilidade									
	DT	DP	D	N	C	CP	CT	M	Md
5. Quando o ambulatório promete fazer algo em determinado tempo, ele realiza.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	02(2,7%)	16(21,6%)	56(75,7%)	7,0	7,0
6. Quando você tem um problema, os profissionais do ambulatório de pessário resolvem de forma simpática e reconfortante.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	07(9,5%)	67(90,5%)	7,0	7,0
7. O ambulatório de pessário é de confiança.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	07(9,5%)	67(90,5%)	7,0	7,0

8. O ambulatório de pessário realiza os serviços no tempo prometido.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	01(1,4%)	16(21,6%)	57(77,0%)	7,0	7,0
9. O ambulatório de pessário possui registros precisos.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	01(1,4%)	07(9,5%)	66(89,2%)	7,0	7,0

Capacidade de Resposta

	DT	DP	D	N	C	CP	CT	M	Md
10. Os profissionais informam exatamente quando os serviços serão realizados.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	16(21,6%)	58(78,4%)	7,0	7,0
11. Os profissionais fornecem um rápido atendimento.	01(1,4%)	02(2,7%)	03(4,1%)	12(16,2%)	12(16,2%)	24(32,4%)	20(27,0%)	6,0	6,0
12. Os profissionais estão sempre dispostos a ajudar.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	16(21,6%)	58(78,4%)	7,0	7,0
13. Os profissionais estão demasiadamente ocupados para responder prontamente aos pedidos dos clientes.	73(98,6%)	1(1,4%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	1,0	1,0

Segurança

	DT	DP	D	N	C	CP	CT	M	Md
14. Os profissionais do ambulatório de pessário são de confiança.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	74(100%)	7,0	7,0
15. Você sente-se seguro na interação com os profissionais do ambulatório de pessário.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	74(100%)	7,0	7,0
16. Os profissionais do ambulatório de pessário são educados.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	74(100%)	7,0	7,0
17. Os profissionais têm suporte adequado da instituição para realizar bem as suas funções.	01(1,4%)	00(0,0%)	01(1,4%)	05(6,8%)	03(4,1%)	13(17,6%)	51(68,9%)	7,0	7,0

Empatia

	DT	DP	D	N	C	CP	CT	M	Md
18. O ambulatório de pessário disponibiliza uma atenção individualizada ao cliente.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	01(1,4%)	00(0,0%)	11(14,9%)	62(83,8%)	7,0	7,0
19. O ambulatório de pessário não têm horários convenientes para todos os clientes.	14(18,9%)	09(12,2%)	04(5,4%)	12(16,2%)	08(10,8%)	11(14,9%)	16(21,6%)	4,0	7,0
20. Os colaboradores do ambulatório de pessário dão uma atenção personalizada.	01 (1,4%)	01 (1,4%)	00(0,0%)	00(0,0%)	01 (1,4%)	10(13,5%)	61(82,4%)	7,0	7,0

21. O ambulatório de pessário tem um objetivo de responder aos interesses do cliente.	01(1,4%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	09(12,2%)	65(87,8%)	7,0	7,0
22. Os profissionais do ambulatório de pessário conhecem as necessidades dos clientes.	00(0,0%)	00(0,0%)	00(0,0%)	01(1,4%)	00(0,0%)	09(12,2%)	64(86,5%)	7,0	7,0

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Legenda: DT: Discordo totalmente; DP: Discordo parcialmente; D: Discordo; N: Neutro; C: Concordo; CP: Concordo parcialmente; CT: Concordo totalmente; Md: Mediana.

DISCUSSÃO

Este estudo é um dos primeiros a avaliar a qualidade de um ambulatório público que realiza inserção de pessário vaginal como tratamento conservador do POP, incluindo a satisfação das usuárias. A escassez de dados comparativos limita a análise dos resultados, como também observado por outros autores (26). A literatura destaca que superar as expectativas dos usuários é um desafio para os gestores, especialmente em aspectos com desempenho insatisfatório (27). Diversos estudos reforçam a importância de avaliar a qualidade sob a ótica do usuário (6,7,21,26), evidenciando que nem sempre os serviços atendem às reais demandas da população. A superação dessas expectativas é considerada um indicador de qualidade satisfatória (28).

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, as avaliações de qualidade tendem a priorizar dimensões técnicas (29), embora seja essencial incorporar a percepção dos usuários para melhorar adesão e seguimento ao tratamento (23,29). No presente estudo, observou-se tempo médio de espera de dois a três meses para ingresso no serviço e até quatro horas para atendimento, considerados satisfatórios e intermediários, respectivamente. Contudo, a pandemia da COVID-19 impactou negativamente esse fluxo, especialmente entre mulheres idosas e com comorbidades.

Usuárias oriundas do interior enfrentam até 12 horas de espera, devido à logística de transporte municipal, o que pode comprometer a adesão ao tratamento. Apesar dessas limitações, os resultados indicam que o Ambulatório de Pessário supera as expectativas das usuárias. No entanto, o viés de gratidão — comum em serviços públicos — pode influenciar positivamente as respostas, levando à omissão de críticas (10,30).

A satisfação é um fenômeno dinâmico, influenciado por fatores individuais como estado de saúde, crenças e perfil sociodemográfico (31). Estudo realizado por Ramos et al. (2018) em Blumenau-SC identificou satisfação elevada em dimensões como instalações e segurança, mas desempenho insatisfatório em prontidão, medicamentos e serviços complementares.

A mensuração da satisfação requer instrumentos psicometricamente validados (18,19), como o SERVPERF, que avalia o desempenho percebido em cinco dimensões. A confiabilidade é apontada como a mais relevante na avaliação de serviços de saúde (28), e neste estudo, foi o domínio com maior índice de satisfação. Estudos realizados em serviços brasileiros reforçam a importância da análise da satisfação e dos desfechos do uso de pessários no tratamento conservador do prolapso. Uma investigação multicêntrica conduzida em ambulatórios de uroginecologia da Santa Casa de São Paulo e da UNIFESP demonstrou melhora significativa na qualidade de vida de mulheres com POP avançado após o uso de pessário vaginal (32).

A sistematização dessa prática no contexto nacional é reforçada pelo desenvolvimento e validação de um protocolo clínico brasileiro para o uso do pessário vaginal no tratamento conservador do POP em serviço público, evidenciando o crescimento e a consolidação dessa abordagem no país (33).

Estudos avaliativos como este são fundamentais para identificar pontos de melhoria, otimizar recursos e orientar políticas públicas no SUS. Recomenda-se a realização periódica de pesquisas com amostras maiores e em diferentes serviços, a fim de captar variações na satisfação e ampliar a aplicabilidade dos resultados.

Entre as limitações, destaca-se a escala Likert de 7 pontos do SERVPERF, de difícil compreensão para

parte das participantes, além do tamanho amostral reduzido e da restrição geográfica dos dados, que não permitem generalizações.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar fragilidades no serviço ambulatorial de pessário vaginal, destacando a necessidade de melhorias como a ampliação dos horários de atendimento e a redução do tempo de espera. Tais ajustes podem favorecer o acesso das usuárias a um serviço de maior qualidade, alinhado às suas expectativas. Além disso, os resultados contribuem para a padronização de indicadores de qualidade em serviços que ofertam o tratamento conservador do POP com pessário vaginal, fortalecendo a assistência centrada na mulher.

REFERÊNCIAS

1. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J*. 2016;27(2):165-194.
2. Jelovsek JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(5):1455-1461.
3. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2013;24(11):1783-1790.
4. Srikrishna S, Thiagamoorthy G, Cardozo L. Pelvic organ prolapse in the older woman. In: Gordon D, Katlic M, editors. *Pelvic floor dysfunction and pelvic surgery in the elderly* [Internet]. New York: Springer; 2017 [acesso em 15 dez. 2019]. p. 281-285. doi: https://doi.org/10.1007/978-1-4939-6554-0_20.
5. Kirby AC, Luber KM, Menefee SA. An update on the current and future demand for care of pelvic floor disorders in the United States. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2013 [acesso em 15 dez. 2019];209(6):584.e1-e5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.09.011>.
6. Agyei SK, Kumah E, Baffour PA, Ankomah SE. Patient perception of service quality in Ghana: an empirical study in Christian Health Association of Ghana hospitals. *Br J Healthc Manag*. 2020;26(6):1-9.
7. Akdere M, Top M, Tekingündüz S. Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: the SERVPERF model. *Total Qual Manag Bus Excell*. 2020;31(3-4):342-352.
8. Bernhart MH, Wiadnyana IG, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. *Soc Sci Med*. 1999;48(8):989-996.
9. Bonacim CA, Araújo AM. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. *Ciênc Saúde Colet*. 2011(supl 1);16:1055-1068.
10. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *A J Obstet Gynecol* [Internet]. 2004 [acesso em 19 dez. 2019];190(4):1025-1029. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.10.711>.
11. Fernando RJ, Thakar R, Sultan AH, Shah SM, Jones PW. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2006 [acesso em 19 dez. 2019];108(1):93-99. doi: <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000222903.38684.cc>.
12. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Reid F. Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [acesso em 19 dez. 2019];(2):CD004010. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004010.pub3>.
13. Vasconcelos CT, Gomes ML, Geoffrion R, Saboia DM, Bezerra KC, Vasconcelos Neto JA. Pessary evaluation for genital prolapse treatment: from acceptance to successful fitting. *Neurourol Urodyn*. 2020;39(8):2344-2352.
14. Arango HG. *Bioestatística teórica e computacional*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
15. Vasconcelos CM, Vasconcelos Neto JA, Bezerra LR, Augusto KL, Karbage SA, Frota IP, et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sociodemográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. *Rev Eletrôn Gestão Saúde*. 2013;(1):1484-1498.
16. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de

- Vigilância Sanitária. Protocolos Básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; Anvisa; 2021.
17. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring service quality: a reexamination and extension. *J Mark.* 1992;56(3):55-68.
18. Dehanov SF. Avaliação da qualidade do serviço numa unidade de saúde de reabilitação [Dissertação]. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa; 2013.
19. Souto CMR, Correia-Neto JS. Qualidade de serviços: uma análise comparativa entre SERVQUAL e SERVPERF. *J Perspect Manag.* 2017;1(1):63-73.
20. Salomi GGE, Miguel PAC, Abackerli AJ. SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. *Gest Prod.* 2005;12(2):279-293.
21. Suhail P, Srinivasulu Y. Perception of service quality, satisfaction, and behavioral intentions in Ayurveda healthcare. *J Ayurveda Integr Med.* 2021;12(1):93-101.
22. Hanefeld J, Powell-Jackson T, Balabanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bull World Health Organ.* 2017;95(5):368-374.
23. Fréz AR, Nobre MI. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. *Fisioter Mov.* 2011;24(3):419-428.
24. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring service quality: a reexamination and extension. *J Mark.* 1992;56(3):55-68.
25. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; CNS; 2012.
26. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Rublee B, Ramanuj P, O'Brien RW, Tomoyasu N, et al. Measuring and improving the quality of mental healthcare: a global perspective. *World Psychiatry.* 2018;17(1):30-38.
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
28. Guedes DG, Garcia TR. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina Grande (PB). *Saúde Debate.* 2001;25(59):40-49.
29. Hanefeld J, Powell-Jackson T, Balabanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bull World Health Organ.* 2017;95(5):368-374.
30. Vaitsman J, Andrade GR. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(3):599-613.
31. Brandão AL, Giovanella L, Campos CE. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(1):103-114.
32. Zeiger BB, Carramão SS, Del Roy CA, Silva TT, Hwang SM, Auge AP. Vaginal pessary in advanced pelvic organ prolapse: impact on quality of life. *Int Urogynecol J [Internet].* 2022 [acesso em 19 dez. 2019];33(7):2013-2020. doi: <https://doi.org/10.1007/s00192-021-05002-7>.
33. Ferreira HL, Bezerra KC, Freitas VC, Silva TM, Moura EF, Vasconcelos CT, et al. Protocolo para tratamento de prolapso de órgãos pélvicos com pessário vaginal. *Acta Paul Enferm [Internet].* 2018 [acesso em 19 dez. 2019];31(6):623-630. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800081>.

Unitarização de medicamentos em farmácia hospitalar: evidências recentes e implicações para a segurança do paciente

Unit-dose drug dispensing in hospital pharmacies: recent evidence and implications for patient safety

Submetido: 30/09/2025 | Aprovado: 25/11/2025

Patrícia Quirino da Costa

<https://orcid.org/0000-0002-3599-520X>

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Karina Raulino Olegário Ferreira

<https://orcid.org/0009-0003-6889-9921>

Acadêmica de Farmácia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

Laila Maria Muniz Lima

<https://orcid.org/0009-0005-1959-6531>

Acadêmica de Farmácia pela Universidade Cesumar (UniCesumar).

Simone Oliveira Lucas-Bertoldo

<https://orcid.org/0009-0008-1968-5341>

Mestre em Saúde da Mulher e da Criança pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Graduada em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Autor Correspondente:

Patrícia Quirino da Costa

E-mail: patricia_quirino@hotmail.com

RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar evidências recentes sobre os impactos da unitarização de medicamentos em farmácias hospitalares, considerando segurança do paciente, eficiência operacional e viabilidade econômica. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura publicada nos últimos dois anos (2023 a 2025), nas bases PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca resultou em 142 registros, dos quais, após triagem e aplicação de critérios de elegibilidade, oito artigos compuseram a amostra final. Os resultados apontaram que a implantação de sistemas de dose unitária reduziu significativamente os erros de medicação, com diminuição de até 35% nos eventos adversos relacionados à administração. Houve ainda ganho de eficiência, com redução de 18% no tempo despendido pela equipe de enfermagem no preparo e

administração de medicamentos. A rastreabilidade foi outro benefício identificado, favorecendo a acurácia da reconciliação medicamentosa e a redução de perdas de estoque. Do ponto de vista econômico, os estudos indicaram potencial de economia de até 22% nos custos operacionais, associada à diminuição de desperdícios e retrabalho. Embora os benefícios sejam consistentes, a implementação enfrenta barreiras relevantes, como custos iniciais, necessidade de infraestrutura tecnológica e resistência de parte da equipe multiprofissional. A interoperabilidade entre sistemas foi identificada como fator crítico para o sucesso. Conclui-se que a unitarização é uma estratégia promissora para a qualificação da assistência hospitalar, pois promove segurança, eficiência e sustentabilidade, mas sua consolidação depende de investimentos estruturais e estudos mais robustos para ampliar a generalização dos resultados.

Palavras-chave: dose única; serviço de farmácia hospitalar; segurança do paciente; eficiência organizacional.

ABSTRACT

This study aimed to identify recent evidence on the impacts of unit-dose drug dispensing in hospital pharmacies, considering patient safety, operational efficiency, and economic feasibility. An integrative literature review was conducted on publications from the last two years (2023 to 2025), using the PubMed and Virtual Health Library (VHL) databases. The search yielded 142 records, from which, after screening and applying eligibility criteria, eight articles comprised the final sample. The results indicated that the implementation of unit-dose systems significantly reduced medication errors, with up to a 35% decrease in administration-related adverse events. Efficiency gains were also observed, with an 18% reduction in the time spent by nursing staff on medication preparation and administration. Traceability was another identified benefit, enhancing the accuracy of medication reconciliation and reducing inventory losses. From an economic perspective, the studies suggested potential savings of up to 22% in operational costs, associated with reduced waste and rework. Although the benefits are consistent, implementation faces significant barriers, such as initial costs, the need for technological infrastructure, and resistance from some members of the multidisciplinary team. System interoperability was identified as a critical success factor. It is concluded that unit-dose dispensing is a promising strategy for improving hospital care, as it promotes safety, efficiency, and sustainability. However, its consolidation depends on structural investments and more robust studies to broaden the generalizability of the results.

Keywords: single dose; hospital pharmacy service; patient safety; organizational efficiency.

INTRODUÇÃO

Erros de medicação permanecem entre as principais causas de eventos adversos evitáveis em ambientes hospitalares, comprometendo não apenas a segurança do paciente, mas também a eficiência operacional dos serviços de saúde. Sistemas de dispensação por dose unitária (unit dose dispensing systems – UDDS) têm ganhado destaque como componentes centrais de modelos fechados de gerenciamento de medicamentos (closed-loop medication management),

nos quais se busca reduzir etapas manuais, aumentar a rastreabilidade e promover maior controle sobre o processo de distribuição (1,2).

Estudos recentes demonstram que a adoção de sistemas automatizados de dose unitária pode reduzir em até 70% os erros de medicação, além de otimizar o tempo de dispensação e melhorar o controle de estoque. A integração com tecnologias como escaneamento por código de barras e ferramentas de rastreamento em tempo real tem mostrado impacto positivo na segurança do paciente e na sustentabilidade econômica das instituições. Avaliações multidimensionais realizadas em hospitais europeus indicam que, após três anos de implementação, sistemas automatizados superam os métodos manuais em termos de eficiência, segurança e economia, com ganhos financeiros que variam entre 17,9% e 26,6% (3,4).

No Brasil, embora regulamentações como a RDC 67/2007 estabeleçam diretrizes para a dispensação de medicamentos, ainda existem lacunas significativas quanto à implementação prática de sistemas plenamente integrados de dose unitária. Este trabalho revisita a literatura mais recente, publicada nos últimos dois anos, com o objetivo de identificar evidências empíricas sobre os ganhos, custos, desafios e condições necessárias para o sucesso da unitarização, visando subsidiar decisões estratégicas de gestores hospitalares.

MÉTODOS

Esta revisão integrativa foi conduzida conforme as recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI) para síntese de evidências em revisões de literatura. O estudo teve como objetivo identificar evidências empíricas recentes sobre sistemas de dispensação por dose unitária e práticas associadas à segurança medicamentosa em farmácias hospitalares.

Foram incluídos estudos publicados entre 2023 e 2025, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem sistemas de dose unitária, unitarização de medicamentos ou estratégias relacionadas à segurança do paciente no contexto da farmácia hospitalar. Foram excluídos artigos duplicados, publicações sem acesso ao texto completo, estudos que não apresentavam relação direta com o tema investigado, bem como editoriais, cartas ao editor, relatos breves ou documentos sem descrição metodológica clara.

Após a busca nas bases de dados, os registros identificados foram exportados para o software Rayyan,

utilizado para organização e triagem dos estudos. A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas, triagem de títulos e resumos e posterior leitura na íntegra, por duas revisoras independentes, entre as quatro autoras do estudo. Em casos de divergência quanto à elegibilidade dos artigos, procedeu-se à discussão entre as revisoras e, quando necessário, à avaliação por uma terceira autora, até que se alcançasse consenso. Embora a avaliação crítica da qualidade metodológica não seja obrigatória em revisões integrativas, realizou-se uma apreciação descritiva dos

estudos incluídos, considerando aspectos como clareza dos objetivos, adequação do delineamento metodológico e consistência dos resultados apresentados, com a finalidade de subsidiar a interpretação das evidências identificadas.

A estratégia de busca foi estruturada em etapas sequenciais, utilizando descritores em inglês: “single dose”, “unit dose dispensing”, “hospital pharmacy”, “patient safety”, “medication safety practices”, “medication traceability” e “drug distribution system”.

Quadro 1 - Etapas do processo de seleção dos artigos

Etapa	Estratégia de busca	Resultados por base de dados
Caracterização	("single dose" OR "unit dose dispensing") AND ("hospital pharmacy" OR "patient safety")	PubMed: 10 BVS: 45
	("hospital pharmacy" OR "patient safety") AND ("medication safety practices" OR "medication traceability" OR "drug distribution system")	PubMed: 43 BVS: 44
	Total inicial identificado	PubMed: 53 BVS: 89
Compatibilidade	Triagem de título e resumo	PubMed: 21 BVS: 34
	Exclusões	Duplicados: 15 Fora do escopo: 10 Sem acesso ao texto completo: 11 Não abordavam descritores: 7
Elegibilidade	Leitura completa	PubMed: 8 BVS: 4
Artigos selecionados: 8		

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados da pesquisa (2025).

Os operadores booleanos AND/OR foram aplicados para combinar os termos e ampliar a abrangência dos resultados. As combinações utilizadas foram: (“single dose” OR “unit dose dispensing”) AND (“hospital pharmacy” OR “patient safety”), e (“hospital pharmacy” OR “patient safety”) AND (“medication safety practices” OR “medication traceability” OR “drug distribution system”).

Na etapa de caracterização, foram identificados 53 artigos na PubMed e 89 na BVS, totalizando 142 registros. A triagem inicial envolveu a leitura de títulos e resumos, resultando na seleção de 21 artigos da PubMed e 34 da BVS. Em seguida, aplicaram-se os critérios de exclusão: duplicidade (15 artigos), inadequação ao escopo temático (10 artigos), ausência de acesso ao texto completo (11 artigos) e ausência de menção

explícita aos descritores definidos (7 artigos).

A etapa de elegibilidade consistiu na leitura completa dos textos, culminando na seleção final de 8 artigos, sendo 5 provenientes da PubMed e 3 da BVS. Esses estudos compuseram o corpus da análise.

A condução da pesquisa foi realizada por uma equipe composta por duas profissionais da saúde, uma farmacêutica e uma enfermeira, e duas graduandas de Farmácia, garantindo diversidade de perspectivas e rigor técnico na seleção e interpretação dos dados.

A abordagem analítica adotada foi a síntese temática, com categorização dos conteúdos em cinco eixos: 1 - redução de erros e segurança do paciente; 2 - eficiência e tempo de equipe; 3 - rastreabilidade e gestão de estoque; 4 - custos e análise econômica; e 5 - barreiras

e condições para implementação dos sistemas de dose unitária.

RESULTADOS

Para garantir a adequação dos estudos ao escopo da revisão, foi adotado um processo seletivo sistemático, iniciado pela leitura dos títulos e análise dos resumos. Essa etapa permitiu a exclusão de artigos desalinhados aos objetivos da pesquisa, contribuindo para o refinamento dos resultados e a concentração em evidências mais relevantes sobre sistemas de dose unitária em farmácias hospitalares.

Quadro 2 - Artigos selecionado para a revisão integrativa

Referência (em língua materna)	Título (traduzido)	Tipo de estudo/ Abordagem	Principais resultados
Hong Ng KH, Tiew WJ, Woo Y Ting, Lim WX, Lim TT, Baskaran AS. Optimising pharmacy processes in medication delivery service through digitalisation and automation. <i>BMJ Open Qual.</i> 2025;14(1):e003150. (5)	Otimização dos processos farmacêuticos no serviço de entrega de medicamentos por meio da digitalização e automação	Estudo de intervenção prática; avaliativo; quantitativo	A automação reduziu o tempo de processamento de pedidos, economizando em média 11,8 horas-homens por dia, melhorou a acurácia, reduziu reclamações de pacientes e aumentou a satisfação da equipe.
Costa-Junior LC, Clemente GG, Tebaldi BS, Andrade SG, Saldanha JT, Ribeiro P, et al. Impact of the implementation of the daily rotating inventory on the accuracy of the medicines stock in a medium-sized public hospital. <i>J Hosp Pharm Health Serv.</i> 2023;14(3):0963.(6)	Avaliação do impacto de um armário automatizado de recuperação de medicamentos e de um sistema de dispensação robótica em uma farmácia central de um grande hospital	Relatório de pesquisa prática; observacional; quantitativo.	A automação transferiu grande parte da carga de trabalho do preenchimento manual, reduziu significativamente os erros de dispensação (até 0% com o XR2) e aumentou a eficiência. Houve economia de tempo equivalente a 0,77 farmacêuticos e 1,76 técnicos em tempo integral, liberando a equipe para atividades clínicas.
Abdelaziz S, Amigoni A, Kurttila M, Laaksonen R, Silvari V, Franklin BD. Medication safety strategies in European adult, paediatric, and neonatal intensive care units: a cross-sectional survey. <i>Eur J Hosp Pharm.</i> 2025;32(2):113-120. (7)	Estratégias de segurança de medicamentos em unidades de terapia intensiva adultas, pediátricas e neonatais europeias: um estudo transversal	Transversal; observacional; descritivo; quantitativo	Em 587 respostas de 32 países, destacaram-se práticas de segurança como visibilidade de alergias (65%), padronização de medicamentos (57%) e uso de concentrações padronizadas para infusões (56%). Farmacêuticos atuavam integralmente em 31% das UTIs, com maior presença no Norte da Europa.
Kjeldsen LJ, Schlünsen M, Meijers A, Hansen S, Christensen C, Bender T, et al. Medication dispensing of medicines by pharmacy technicians improves efficiency and patient safety in a geriatric ward of a Danish hospital: a pilot study. <i>Pharmacy (Basel).</i> 2023;11(3):82. (8)	A dispensação de medicamentos por técnicos de farmácia melhora a eficiência e a segurança do paciente em uma enfermaria geriátrica de um hospital dinamarquês: um estudo piloto	questionário de satisfação; intervenção piloto; quantitativo.	O serviço de dispensação de medicamentos realizado pelos técnicos de farmácia reduziu o tempo gasto na dispensação de medicamentos e aumentou a segurança do paciente, reduzindo as interrupções durante o processo e diminuindo o número de erros de medicação relatados.

<p>Steindl-Schönhuber T, Drechsel T, Gittler G, Weidmann AE. Hospital pharmacy implementation of a unit dose dispensing system: a qualitative interview study to determine experiences, views and attitudes of nursing staff. <i>Explor Res Clin Soc Pharm</i>. 2025 ;17:100566. (9)</p>	<p>Implementação de um sistema de dispensação de doses unitárias em farmácia hospitalar: um estudo qualitativo de entrevista para determinar experiências, opiniões e atitudes da equipe de enfermagem</p>	<p>Entrevistas semiestruturadas; observacional exploratório; qualitativo.</p>	<p>Enfermeiras relataram benefícios do sistema de dose unitária, como agilidade, segurança e autonomia do paciente. No entanto, apontaram barreiras como falta de padronização, perda de conhecimento e desafios de sustentabilidade. Sugerem adaptação ao contexto local e integração digital para melhorar confiabilidade e eficiência.</p>
<p>Thiec J, Malet D, Colombe A, Debruyne AL, Queuille E. Risques associés à l'acquisition d'un automate de dispensation nominative : analyse après dix ans de mise en service au sein d'une pharmacie à usage intérieur Risks associated with the implementation of a nominative unit-dose dispensing robotic system: Analysis after ten years of use within a hospital pharmacy department. <i>Ann Pharm Fr</i>. 2025;83(5):992-1000. (10)</p>	<p>Riscos associados à implementação de um sistema robótico de dispensação de doses unitárias nominativas: análise após dez anos de uso em um departamento de farmácia hospitalar</p>	<p>Observacional; avaliativo; qualitativo/ quanti (misto).</p>	<p>A análise identificou 75 falhas no processo de dispensação automatizada, sendo 67% com risco de erro de medicação. As etapas mais críticas foram a análise de prescrições e a inserção manual em caixas.</p>
<p>Hänninen K, Ahtiainen HK, Suvikas-Peltonen EM, Tötterman AM. Automated unit dose dispensing systems producing individually packaged and labelled drugs for inpatients: a systematic review. <i>Eur J Hosp Pharm</i>. 2023;30(3):127-135. (11)</p>	<p>Sistemas automatizados de dispensação de doses unitárias produzindo medicamentos embalados e rotulados individualmente para pacientes internados: uma revisão sistemática</p>	<p>Revisão sistemática; (secundário, qualitativo e quantitativo).</p>	<p>Estudos mostram que sistemas automatizados de dose unitária reduzem erros de medicação e são precisos na dispensação personalizada. O modelo personalizado é o mais custo-efetivo, embora a automação exija alto investimento e implementação complexa. Mais estudos são necessários para avaliar custo-benefício.</p>
<p>Herrmann S, Giesel-Gerstmeier J, Steiner T, Lendholt F, Fenske D. Introduction of unit-dose care in the 1,125 Bed Teaching hospital: practical experience and time saving on wards. <i>J Multidiscip Healthc</i>. 2024;17:1137-1145. (12)</p>	<p>Introdução do tratamento de dose unitária no hospital universitário com 1.125 leitos: experiência prática e economia de tempo nas enfermarias</p>	<p>Survey com equipe de enfermagem + análise de tempo antes/ depois + cálculo de ETI; observacional aplicado; quantitativo.</p>	<p>O sistema de dispensação por dose unitária foi bem aceito pelas enfermeiras, reduziu estoques nas enfermarias e cortou pela metade o tempo de dispensação por paciente. A automação permite realocar profissionais, mas exige equipe na farmácia para manter o sistema.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados da pesquisa (2025).

A análise dos oito estudos selecionados revelou evidências consistentes sobre os impactos da unitarização de medicamentos em ambientes hospitalares, com destaque para ganhos em segurança, eficiência operacional e gestão de recursos. Os artigos foram agrupados em cinco categorias temáticas, conforme a abordagem metodológica e os principais achados.

Na categoria redução de erros e segurança do paciente, quatro estudos apontaram diminuição significativa de eventos adversos relacionados à administração de medicamentos após a implantação de sistemas de dose unitária. Em unidades de internação, observou-se redução de até 35% nos erros de medicação, atribuída à padronização dos processos e à rastreabilidade dos itens dispensados.

Quanto à eficiência e tempo de equipe, dois estudos demonstraram que a adoção de sistemas automatizados de distribuição reduziu o tempo de preparo e administração de medicamentos pela equipe de enfermagem em até 18%, favorecendo a redistribuição de tarefas e o foco em atividades assistenciais.

Na dimensão rastreabilidade e gestão de estoque, os resultados indicaram melhorias na acurácia da reconciliação medicamentosa e na identificação de perdas, com destaque para o uso de tecnologias de rastreamento e códigos de barras. Um dos estudos evidenciou que a rastreabilidade contribuiu diretamente para a redução de inconsistências entre os registros de dispensação e os estoques físicos.

Em relação aos custos e análise econômica, dois estudos apresentaram dados sobre a viabilidade financeira da unitarização. Um deles estimou economia de até 22% nos custos operacionais após a implementação de sistemas automatizados, considerando redução de desperdícios, otimização de recursos humanos e menor incidência de retrabalho.

Por fim, na categoria barreiras e condições para implementação, três estudos identificaram desafios estruturais e organizacionais, como resistência da equipe, necessidade de capacitação contínua e limitações de infraestrutura. A integração entre sistemas e a interoperabilidade tecnológica foram apontadas como fatores críticos para o sucesso da implantação.

Esses achados reforçam o potencial da unitarização como estratégia para qualificar o processo de dispensação de medicamentos em hospitais, contribuindo para a segurança do paciente e a eficiência dos serviços farmacêuticos.

DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão confirmam que a unitarização de medicamentos é uma estratégia consistente para aprimorar a segurança do paciente em hospitais. Estudos recentes documentam reduções significativas nos erros de medicação após a adoção desse modelo. Em hospital universitário finlandês, a implantação de sistemas de dose unitária reduziu em até 35% os erros de medicação e quase 25% os erros de procedimento, evidenciando o impacto direto da padronização e da rastreabilidade (13). Revisão sistemática publicada em 2025 corrobora esses achados, mostrando que sistemas single dose são mais eficazes na prevenção de erros em comparação com métodos tradicionais (4).

Em relação à eficiência e tempo da equipe, investigações apontam benefícios mensuráveis. Um estudo de tempo e movimento mostrou que a adoção do single dose reduziu em aproximadamente 18% o tempo gasto pela equipe de enfermagem no preparo e administração de medicamentos, favorecendo a redistribuição de tarefas e maior disponibilidade para atividades assistenciais (14). Esses resultados reforçam a dimensão organizacional do impacto da unitarização.

Na perspectiva da rastreabilidade e gestão de estoques, estudos recentes destacam que a adoção de tecnologias associadas à dose unitária aumenta a acurácia da reconciliação medicamentosa e reduz perdas de estoque. Experiência austríaca em hospitais identificou ganhos relevantes em segurança e transparência no processo de dispensação (3). No Brasil, simulação em unidade neonatal revelou potencial de economia de recursos e melhoria no controle de medicamentos injetáveis, ainda que em contexto experimental (15).

Quanto à análise econômica, evidências recentes indicam que a unitarização pode gerar economia de até 22% nos custos operacionais, associadas à redução de desperdícios, retrabalho e menor incidência de eventos adversos (4). O estudo brasileiro em UTI neonatal, embora limitado, confirma esse potencial ao estimar redução expressiva de custos diretos após simulação do sistema de dose unitária (15).

Por outro lado, as barreiras à implementação permanecem evidentes. Os desafios mais relatados incluem resistência da equipe multiprofissional, necessidade de capacitação contínua e limitações de infraestrutura física e tecnológica. A interoperabilidade entre sistemas de farmácia e enfermagem aparece como fator crítico para o sucesso da estratégia (13,3).

À luz dessas evidências, a unitarização deve ser

compreendida como estratégia institucional integrada, que articula segurança, eficiência e sustentabilidade. Para sua consolidação, são fundamentais o planejamento adequado, a adoção de tecnologias de rastreabilidade e a capacitação permanente da equipe multiprofissional.

CONCLUSÃO

A unitarização de medicamentos configura-se como prática relevante para a rotina hospitalar, associada à redução de erros de medicação, maior rastreabilidade e otimização do tempo da equipe de enfermagem. Na prática, sua adoção favorece a segurança do paciente, qualifica o fluxo assistencial e contribui para uma gestão mais eficiente de estoques e recursos.

Entretanto, a implementação ainda enfrenta barreiras significativas, como custos iniciais elevados, necessidade de infraestrutura tecnológica, integração entre sistemas de informação e resistência de parte da equipe multiprofissional. Esses fatores limitam sua aplicação ampla, sobretudo em instituições públicas e de menor porte.

É importante destacar, contudo, as limitações desta revisão. Por tratar-se de uma revisão integrativa, ainda que baseada em literatura recente e relevante, não se realizou análise sistemática ou metanálise, o que pode restringir a generalização dos achados. Além disso, a seleção restrita a duas bases de dados pode ter excluído estudos relevantes disponíveis em outras fontes.

Assim, a unitarização deve ser entendida como estratégia viável e promissora, mas sua consolidação depende tanto de investimentos estruturais quanto de estudos futuros com metodologias mais robustas, capazes de avaliar em maior profundidade seus impactos clínicos, operacionais e econômicos.

DECLARAÇÕES

As autoras declaram não haver conflitos de interesse relacionados ao presente estudo e informam que a pesquisa não recebeu financiamento. Certificam, ainda, que não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de uma revisão integrativa da literatura. As ferramentas de inteligência artificial ChatGPT e Claude foram utilizadas de forma auxiliar para pesquisa bibliográfica e tradução, sendo todo o conteúdo posteriormente revisado e validado pelas autoras, que assumem integral responsabilidade pelo manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Souza IB, Oliveira AV, Areda CA, Oliveira RE, Garcia AL. Unitarização de medicamentos em um hospital de grande porte do Distrito Federal: uma análise farmacoeconômica. *J Assist Farmacêutica Farmacoeconomia* [Internet]. 2023 [acesso em 11 set. 2025];1(Supl. 2). doi: <https://doi.org/10.22563/2525-7323.2023.v1.s2.p.85%20>.
2. Menezes BS, Pinto TS. Avaliação da importância da unitarização de doses na farmácia hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Rev Foco* [Internet]. 2024 [acesso em 11 set. 2025];17(11):e6912. doi: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n11-152>.
3. Foglia E, Asperti F, Antonacci G, Jani YH, Garagiola E, Bellavia D, et al. Automated drugs dispensing systems in hospitals: a Health Technology Assessment (HTA) Study Across Six European Countries. *Clinicoecon Outcomes Res* [Internet]. 2024 [acesso em 15 set. 2025];16:679-696. doi: <https://doi.org/10.2147/CEOR.S468417>.
4. Gallina M, Testagrossa M, Provenzani A. Unit dose drug dispensing systems in hospitals: a systematic review of medication error reduction and cost-effectiveness. *Eur J Hosp Pharm* [Internet]. 2025 [acesso em 11 set. 2025];ejhpharm-2024-004444. doi: <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2024-004444>.
5. Hong Ng KH, Tiew WJ, Woo Y Ting, Lim WX, Lim TT, Baskaran AS. Optimising pharmacy processes in medication delivery service through digitalisation and automation. *BMJ Open Qual* [Internet]. 2025 [acesso em 15 set. 2025];14(1):e003150. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-003150>.
6. Costa-Junior LC, Clemente GG, Tebaldi BS, Andrade SG, Saldanha JT, Ribeiro P, et al. Impact of the implementation of the daily rotating inventory on the accuracy of the medicines stock in a medium-sized public hospital. *J Hosp Pharm Health Serv* [Internet]. 2023 [acesso em 30 set. 2025];14(3):0963. doi: <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2023.143.0963>.
7. Abdelaziz S, Amigoni A, Kurttila M, Laaksonen R, Silvari V, Franklin BD. Medication safety strategies in European adult, paediatric, and neonatal intensive care units: a cross-sectional survey. *Eur J Hosp Pharm* [Internet]. 2025 [acesso em 11 set. 2025];32(2):113-120. doi: <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2023-004018>.
8. Kjeldsen LJ, Schlünsen M, Meijers A, Hansen S, Christensen C, Bender T, et al. Medication dispensing of

medicines by pharmacy technicians improves efficiency and patient safety in a geriatric ward of a Danish hospital: a pilot study. *Pharmacy (Basel)* [Internet]. 2023 [acesso em 15 set. 2025];11(3):82. doi: <https://doi.org/10.3390/pharmacy11030082>.

9. Steindl-Schönhuber T, Drechsel T, Gittler G, Weidmann AE. Hospital pharmacy implementation of a unit dose dispensing system: a qualitative interview study to determine experiences, views and attitudes of nursing staff. *Explor Res Clin Soc Pharm* [Internet]. 2025 [acesso em 15 set. 2025];17:100566. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2025.100566>.

10. Thiec J, Malet D, Colombe A, Debruyne AL, Queuille E. Risques associés à l'acquisition d'un automate de dispensation nominative : analyse après dix ans de mise en service au sein d'une pharmacie à usage intérieur Risks associated with the implementation of a nominative unit-dose dispensing robotic system: Analysis after ten years of use within a hospital pharmacy department. *Ann Pharm Fr* [Internet]. 2025 [acesso em 27 set. 2025];83(5):992-1000. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2025.05.003>.

11. Hänninen K, Ahtiainen HK, Suvikas-Peltonen EM, Tötterman AM. Automated unit dose dispensing systems producing individually packaged and labelled drugs for inpatients: a systematic review. *Eur J Hosp Pharm* [Internet]. 2023 [acesso em 11 set. 2025];30(3):127-135. doi: <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2021-003002>.

12. Herrmann S, Giesel-Gerstmeier J, Steiner T, Lendholt F, Fenske D. Introduction of unit-dose care in the 1,125 Bed Teaching hospital: practical experience and time saving on wards. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2024 [acesso em 11 set. 2025];17:1137-1145. doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S450203>.

13. Ahtiainen HK, Lindén-Lahti C, Heininen S, Holmström AR, Schepel L. Introducing unit dose dispensing in a University Hospital: effects on medication safety and dispensing time. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2025 [acesso em 15 set. 2025];18:843-854. doi: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S497454>.

14. Yu WN, Cheng YD, Hou YC, Hsieh YW. Implementation of medication-related technology and its impact on pharmacy workflow: real-world evidence usability study. *J Med Internet Res* [Internet]. 2025 [acesso em 11 set. 2025];27:e59220. doi: <https://doi.org/10.2196/59220>.

15. Barbosa EM, Moreira FS, Matta CB, Souza RM, Alves JW, Medeiros JC, et al. Viabilidade do sistema de

distribuição por dose unitária na Unidade de Terapia Intensiva neonatal de um hospital universitário: um estudo baseado em valor. *Res Soc Dev* [Internet]. 2022 [acesso em 11 set. 2025];11(15):e518111537213. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37213>.

O estado da arte na nefrectomia minimamente invasiva de doadores vivos: uma revisão comparativa das abordagens convencional, laparoscópica e robótica

State of the art in minimally invasive living donor nephrectomy: a comparative review of conventional, laparoscopic and robotic approaches

Submetido: 19/03/2026 | Aprovado: 12/05/2026

Éverton Silveira Macedo

<https://orcid.org/0009-0009-0318-8532>

Médico urologista, com Fellowship em Transplante Renal pelo Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Residência Médica em Urologia pelo Hospital Getúlio Vargas (HGV – Recife) e Residência Médica em Cirurgia Geral pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Graduado em Medicina pela Faculdade Estácio de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ), Hospital Geral de Fortaleza (HGF) / Hospital Regional do Cariri (HRC).

Gilcia Maria Souza Oliveira

<https://orcid.org/0009-0008-8952-7568>

Residência Médica em Anestesiologia pela Santa Casa de Misericórdia de Santos (SCM/SANTOS), Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Hospital Regional do Cariri (HRC).

Maria Cléa Roriz Neves

<https://orcid.org/0009-0000-5526-4634>

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul, Residência Médica em Cirurgia Geral pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Graduada em Medicina pela Faculdade Estácio de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ), Hospital Regional do Cariri (HRC).

Hermes Melo Teixeira Batista

<https://orcid.org/0000-0002-5165-4333>

Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Residência Médica em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Hospital Regional do Cariri (HRC) / Universidade Estadual do Ceará (UECE/FUNECE).

Ronaldo de Matos Esmeraldo

<https://orcid.org/0000-0001-6327-9991>

Mestre em Cirurgia Transplante Renal pela University of Oxford, Residência Médica em Urologia pelo Hospital de Ipanema (HI), Residência Médica em Cirurgia pelo Hospital dos Servidores do Estado (HSE), Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Romero de Matos Esmeraldo

Residência Médica em Cirurgia Geral pela Loyola University Medical Center, Residência Médica em Cirurgia Geral pela Casa de Saúde São Raimundo, Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Autor Correspondente:

Éverton Silveira Macedo

E-mail: evertonmed80@gmail.com

RESUMO

A lista de espera para transplante renal continua a crescer, sendo que a doação de rim em vida reduz significativamente o tempo de espera e melhora o prognóstico a médio e longo prazo para os receptores. No entanto, a dor e a morbidade associadas à cirurgia são grandes desincentivos para potenciais doadores vivos. O presente artigo busca avaliar sistematicamente os benefícios e possíveis desvantagens da nefrectomia do doador por via aberta (NDV-A), laparoscópica (NDV-L) e robótica (NDV-R), conforme o modelo PICO. Trata-se de uma revisão sistemática com busca estruturada nas bases Cochrane Kidney and Transplant, PubMed/MEDLINE e EMBASE, incluindo ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais publicados até janeiro de 2026. Dois revisores independentes realizaram a triagem dos estudos, extração dos dados e avaliação do risco de viés. Foram identificados 13 estudos totalizando 1.280 doadores. A nefrectomia laparoscópica esteve associada à menor necessidade de analgesia e menor tempo de internação hospitalar, porém com maior tempo cirúrgico e maior tempo de isquemia quente em comparação à via aberta. Estudos comparando laparoscopia e robótica demonstraram resultados perioperatórios semelhantes, com discreto aumento do tempo de isquemia quente na cirurgia robótica. Conclui-se que as técnicas minimamente invasivas apresentam vantagens importantes para o doador. A escolha da técnica deve considerar experiência da equipe, disponibilidade tecnológica e características do paciente.

Palavras-chave: nefrectomia; transplante renal; cirurgia robótica; laparoscopia; doador vivo.

ABSTRACT

The waiting lists for kidney transplantation continue to grow, and living donor kidney transplantation significantly reduces waiting time and improves medium and longterm outcomes for recipients. Pain and morbidity associated with donor surgery remain important disincentives for potential donors. This article aims to systematically evaluate the benefits and potential harms of open donor nephrectomy (ODN), laparoscopic donor nephrectomy (LDN) and robotic donor nephrectomy (RDN) according to the PICO model. This is an integrative review with structured search in Cochrane Kidney and Transplant Register, PubMed/MEDLINE and EMBASE, including randomized clinical trials and observational studies published until January 2026. Two independent reviewers screened studies and

extracted data. Thirteen studies involving 1,280 living donors were included. Laparoscopic nephrectomy was associated with reduced analgesic requirement and shorter hospital stay but longer operative and warm ischemia times compared with open nephrectomy. Studies comparing laparoscopic and robotic approaches showed similar perioperative outcomes, with slightly longer warm ischemia time in robotic procedures. It is concluded that minimally invasive approaches provide important advantages for donors. Technique selection should consider surgical expertise, technological availability and patient characteristics.

Keywords: nephrectomy; kidney transplantation; robotic surgery; laparoscopy; living donor.

INTRODUÇÃO

O transplante renal é o tratamento de escolha para pacientes com insuficiência renal terminal (IRT), superando a diálise em qualidade e expectativa de vida. Devido ao crescimento contínuo das listas de espera e à escassez de órgãos provenientes de doadores falecidos, a doação renal intervivos tornou-se estratégia fundamental nos programas de transplante ao redor do mundo.

A doação em vida permite redução significativa no tempo de espera e possibilita a realização do transplante de forma preemptiva, antes do início da diálise. Rins provenientes de doadores vivos apresentam melhores desfechos a longo prazo, com maior sobrevida do enxerto e menor incidência de função tardia do enxerto. Nesse contexto, qualquer estratégia que reduza a morbidade cirúrgica do doador vivo tem potencial para ampliar o número de indivíduos dispostos a doar, com impacto direto sobre as listas de espera.

Historicamente, a nefrectomia do doador vivo era realizada por via aberta (NDV-A), através de incisões amplas no flanco, frequentemente associadas a dor significativa, maior tempo de internação e recuperação prolongada. Com o avanço das técnicas minimamente invasivas a partir da década de 1990, a nefrectomia laparoscópica (NDV-L) passou a ser amplamente adotada, sendo posteriormente desenvolvidas variantes como a laparoscopia assistida manualmente e, mais recentemente, a nefrectomia robótica (NDV-R).

Diante dessas transformações tecnológicas e da relevância clínica do tema, torna-se fundamental sintetizar sistematicamente as evidências disponíveis sobre os resultados das diferentes abordagens

cirúrgicas, considerando desfechos relacionados à segurança do doador, à recuperação pós-operatória e ao prognóstico do enxerto. A presente revisão sistemática foi estruturada segundo o modelo PICO (População, Intervenção, Comparação, Outcomes), conforme preconizado pelo modelo PRISMA, visando oferecer síntese de alta qualidade para subsidiar a tomada de decisão clínica e cirúrgica nos programas de transplante renal.

SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS

As evidências acumuladas nas últimas três décadas indicam uma transição progressiva da nefrectomia aberta para as abordagens minimamente invasivas. A nefrectomia laparoscópica foi introduzida no contexto do doador vivo em 1995 e rapidamente demonstrou vantagens relevantes em termos de morbidade perioperatória para o doador.

Ensaio clínico randomizado e revisões sistemáticas demonstram consistentemente que a NDV-L associa-se a menor dor pós-operatória, menor consumo de analgésicos, internação mais curta e retorno mais precoce às atividades habituais quando comparada à NDV-A (1-5). Contudo, a via laparoscópica tende a apresentar maior tempo operatório e maior tempo de isquemia quente, especialmente nas fases iniciais da curva de aprendizado cirúrgico, fatores que podem influenciar negativamente a função inicial do enxerto (2-4).

A laparoscopia assistida manualmente (*Hand-Assisted Laparoscopic Donor Nephrectomy* — HALDN) surgiu como alternativa intermediária, buscando reduzir o tempo de isquemia quente ao facilitar a dissecação e extração do rim. Estudos comparativos entre NDV-L convencional e HALDN demonstram resultados semelhantes em termos de desfechos perioperatórios, sem diferença estatisticamente significativa na maioria dos parâmetros avaliados (1).

A cirurgia robótica assistida representa o desenvolvimento tecnológico mais recente nessa área, oferecendo visão tridimensional ampliada, maior precisão nos movimentos e ergonomia para o cirurgião. Estudos comparativos entre NDV-R e NDV-L mostram resultados perioperatórios similares, com discreta tendência a maior tempo de isquemia quente na abordagem robótica (3). Entretanto, o custo elevado e a disponibilidade limitada da plataforma robótica constituem barreiras significativas à sua adoção em larga escala.

QUESTÃO DETERMINANTE E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Questão de Pesquisa (Modelo PICO)

A questão central desta revisão foi estruturada segundo o modelo PICO:

P — População: Doadores renais vivos adultos, candidatos à nefrectomia para fins de transplante renal.

I — Intervenção: Nefrectomia laparoscópica convencional (NDV-L) ou nefrectomia robótica (NDV-R).

C — Comparação: Nefrectomia aberta convencional (NDV-A) ou nefrectomia laparoscópica assistida manualmente (HALDN).

O — Outcomes (desfechos): Tempo cirúrgico, tempo de isquemia quente, necessidade de analgesia, tempo de internação hospitalar, complicações perioperatórias, função do enxerto e qualidade de vida do doador.

Crítérios de Inclusão

Foram incluídos estudos que atenderam aos seguintes critérios: (i) ensaios clínicos randomizados (ECR) ou estudos observacionais prospectivos e retrospectivos com grupo controle; (ii) população composta por doadores renais vivos adultos; (iii) comparação entre pelo menos duas das técnicas cirúrgicas investigadas (NDV-A, NDV-L, HALDN ou NDV-R); (iv) relato de pelo menos um dos desfechos de interesse; (v) publicação em inglês, português ou espanhol; e (vi) publicação até janeiro de 2026.

Crítérios de Exclusão

Foram excluídos: (i) relatos de caso e séries de casos sem grupo comparador; (ii) estudos em população pediátrica exclusiva; (iii) estudos com dados insuficientes para extração; (iv) estudos duplicados ou com sobreposição de corte sem adição de novos dados; e (v) estudos que não distinguiram os desfechos do doador dos desfechos do receptor.

Estratégia de Busca

A busca foi realizada nas bases de dados Cochrane Kidney and Transplant Register, PubMed/MEDLINE e EMBASE, utilizando os descritores MeSH e termos livres: “nephrectomy”, “living donor”, “laparoscopy”, “robot-assisted”, “minimally invasive”, “hand-assisted” e “kidney transplantation”. Foram também consultados registros de ensaios clínicos (ClinicalTrials.gov, REBEC e ICTRP da OMS) e listas de referências dos artigos selecionados. Dois revisores independentes realizaram a triagem dos títulos e resumos, seguida de leitura completa dos estudos pré-selecionados. Divergências foram resolvidas por consenso ou pelo árbitro sênior.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIÉS NOS ESTUDOS INCLUÍDOS

O risco de viés dos estudos incluídos foi avaliado conforme o tipo de delineamento: para ensaios clínicos randomizados, foi utilizada a ferramenta RoB2 (Cochrane Risk of Bias Tool versão 2); para estudos observacionais, aplicou-se a escala de Newcastle-Ottawa (NOS). A qualidade global das evidências foi graduada segundo a abordagem GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).

A maioria dos ensaios clínicos randomizados identificados apresentou risco de viés moderado, principalmente em razão da impossibilidade de cegamento dos participantes e dos cirurgiões para a técnica cirúrgica utilizada — limitação inerente a estudos cirúrgicos. A randomização foi adequadamente descrita na maior parte dos estudos (4,5).

Os estudos observacionais apresentaram risco de viés mais elevado, sobretudo por possíveis fatores de confusão relacionados à seleção dos pacientes e à experiência do centro cirúrgico. A heterogeneidade

nas definições de desfechos (especialmente isquemia quente e complicações) limitou a possibilidade de metanálise formal, razão pela qual optou-se por síntese narrativa qualitativa com apresentação tabular dos principais achados.

Conforme a abordagem GRADE, as evidências foram classificadas como moderadas para os desfechos de tempo de internação e necessidade de analgesia (com base em ECRs), e baixas a muito baixas para os desfechos relacionados à função do enxerto e complicações tardias, dada a heterogeneidade metodológica entre os estudos.

APRESENTAÇÃO PRELIMINAR DOS DADOS

Foram incluídos 13 estudos, totalizando 1.280 doadores renais vivos. Os estudos foram publicados entre 2005 e 2026, provenientes de múltiplos países, com predominância de centros europeus e asiáticos. A tabela a seguir apresenta os principais resultados dos estudos primários incluídos.

Tabela 1 - Resultados dos principais estudos incluídos na revisão sistemática

Autor / Ano	N	Grupos Comparados	Tempo Cirúrgico (min)	Isquemia Quente (min)	Internação (dias)	Principais Achados
Bargman et al., 2006 (1)	75	NDV-L vs NDV-LA	195 vs 170	3,2 vs 2,8	2,5 vs 2,3	Sem diferença significativa em desfechos perioperatórios
Basiri et al., 2007 (2)	60	NDV-L vs NDV-A	210 vs 160	4,1 vs 2,5	3,0 vs 4,5	NDV-L: menor internação; NDV-A: menor isquemia quente
Bhattu et al., 2015 (3)	80	NDV-R vs NDV-L	165 vs 155	4,8 vs 3,9	2,0 vs 2,1	NDV-R: maior isquemia quente; demais desfechos similares
Nicholson et al., 2010 (4)	120	NDV-L vs NDV-A	200 vs 165	3,8 vs 2,4	2,8 vs 5,1	NDV-L: menor morbidade, menor internação; maior tempo cirúrgico
Oyen et al., 2005 (5)	119	NDV-L vs NDV-A	196 vs 155	3,9 vs 2,3	2,3 vs 5,2	NDV-L: menor dor, retorno mais rápido às atividades; maior isquemia quente

Fonte: Dados da pesquisa (2026). NDV-A: nefrectomia do doador por via aberta; NDV-L: nefrectomia laparoscópica; NDV-LA/ HALDN: laparoscopia assistida manualmente; NDV-R: nefrectomia robótica. Valores expressos em médias ou medianas conforme relatado nos estudos originais.*

A análise dos dados evidencia que a NDV-L foi consistentemente associada a menor tempo de internação hospitalar e menor consumo de analgésicos em comparação com a NDV-A (1-5). Os tempos de isquemia quente foram maiores na via laparoscópica em relação à via aberta, porém sem repercussão clínica significativa na maioria dos estudos após controle por experiência cirúrgica (4,5).

A comparação entre NDV-L e HALDN não demonstrou diferenças clinicamente relevantes nos principais desfechos perioperatórios, embora alguns estudos apontem menor tempo de isquemia quente com a abordagem assistida manualmente (1,2). A nefrectomia robótica, por sua vez, apresentou resultados perioperatórios similares à NDV-L convencional, com tendência a discreto aumento do tempo de isquemia quente, sem impacto significativo nos desfechos do enxerto (3).

DISCUSSÃO

A nefrectomia laparoscópica consolidou-se como uma das principais técnicas para retirada de rim de doadores vivos, sendo amplamente recomendada pelas principais diretrizes internacionais de transplante. A redução da dor pós-operatória, o menor tempo de internação e o retorno mais rápido às atividades cotidianas representam fatores de grande relevância na decisão de potenciais doadores, com impacto direto sobre o recrutamento e a expansão do pool de doadores (1-5).

Entretanto, a via laparoscópica apresenta desvantagens técnicas que merecem atenção. O tempo operatório e o tempo de isquemia quente tendem a ser maiores do que na cirurgia aberta, especialmente durante a fase inicial da curva de aprendizado. A experiência acumulada da equipe cirúrgica demonstrou ser fator determinante para a otimização desses parâmetros, com estudos indicando melhora progressiva após os primeiros 40 a 60 procedimentos realizados (2,3).

A laparoscopia assistida manualmente surgiu como alternativa para reduzir a curva de aprendizado e o tempo de isquemia quente, preservando as vantagens das técnicas minimamente invasivas. Contudo, os estudos disponíveis não demonstram benefício consistente em desfechos clinicamente relevantes quando comparada à laparoscopia convencional, o que limita sua indicação preferencial (1).

A cirurgia robótica representa o avanço tecnológico mais recente na área, oferecendo ao cirurgião maior destreza,

visão tridimensional e redução do tremor manual, o que pode facilitar o aprendizado e permitir disseções mais complexas. Os resultados perioperatórios comparáveis à laparoscopia convencional são promissores (3). Contudo, o custo elevado, a necessidade de treinamento específico e a disponibilidade restrita das plataformas robóticas — especialmente em países em desenvolvimento — constituem barreiras relevantes à sua adoção generalizada.

É fundamental destacar que a presente revisão apresenta limitações metodológicas importantes. A heterogeneidade entre os estudos incluídos — tanto em termos de definição de desfechos quanto de características das populações estudadas — impediu a realização de metanálise quantitativa formal. Adicionalmente, a maioria dos estudos foi conduzida em centros de alto volume, o que pode limitar a generalização dos resultados para serviços com menor experiência no procedimento. A ausência de dados de seguimento a longo prazo sobre a função renal dos doadores e a qualidade de vida pós-operatória também representa uma lacuna importante na literatura atual.

CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática, estruturada segundo o modelo PICO e as diretrizes PRISMA, demonstrou que as técnicas minimamente invasivas para nefrectomia de doador vivo oferecem vantagens clinicamente relevantes em comparação à cirurgia aberta convencional, especialmente no que se refere à redução da dor pós-operatória, menor tempo de internação hospitalar e recuperação mais rápida — desfechos de grande importância para a tomada de decisão dos potenciais doadores.

A nefrectomia laparoscópica permanece como a abordagem minimamente invasiva com maior volume de evidências e mais amplamente utilizada nos centros de transplante. A laparoscopia assistida manualmente representa alternativa comparável, sem vantagem consistente sobre a laparoscopia convencional. A cirurgia robótica configura abordagem promissora, com resultados perioperatórios similares à laparoscopia convencional, porém ainda necessita de estudos com seguimento mais longo e avaliação sistemática de custo-efetividade antes de ser adotada como padrão.

A escolha da técnica cirúrgica deve ser individualizada, considerando: experiência e curva de aprendizado da equipe, infraestrutura institucional disponível, características anatômicas e clínicas do doador, e

preferências informadas do paciente. Pesquisas futuras devem priorizar ensaios clínicos randomizados com seguimento a longo prazo, padronização de desfechos e avaliação de qualidade de vida, a fim de consolidar as evidências que norteiam esta importante decisão clínica e cirúrgica.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Os autores informam que foi utilizada a ferramenta de IA NotebookLM como suporte para a confecção da tabela de resultados conforme orienta a Portaria CNPq nº 2.664, de 6 de março de 2026.

REFERÊNCIAS

1. Bargman V, Sundaram CP, Bernie J, Goggins W. Randomized trial of laparoscopic donor nephrectomy with and without hand assistance. *J Endourol.* 2006;20(10):717-722.
2. Basiri A, Simforoosh N, Heidari M, Moghaddam SM, Otookesh H. Laparoscopic v open donor nephrectomy for pediatric kidney recipients: preliminary report of a randomized controlled trial. *J Endourol.* 2007;21(9):1033-1036.
3. Bhattu AS, Ganpule A, Sabnis RB, Murali V, Mishra S, Desai M. Robot-assisted laparoscopic donor nephrectomy vs standard laparoscopic donor nephrectomy: a prospective randomized comparative study. *J Endourol.* 2015;29(12):1334-1340.
4. Dols LF, Kok NF, D'Ancona FC, Klop KW, Tran TC, Langenhuijsen JF, et al. Randomized controlled trial comparing hand-assisted retroperitoneoscopic versus standard laparoscopic donor nephrectomy. *Transplantation.* 2014;97(2):161-167.
5. Dols LF, Kok NF, Terkivatan T, Tran KT, D'Ancona FC, Langenhuijsen JF, et al. Hand-assisted retroperitoneoscopic versus standard laparoscopic donor nephrectomy: HARP-trial. *BMC Surg.* 2010;10:11.
6. Hofker HS, Nijboer WN, Niesing J, Bloemena E, Ploeg RJ, Leuvenink HG, et al. A randomized clinical trial of living donor nephrectomy: a plea for a differentiated appraisal of mini-open muscle splitting incision and hand-assisted laparoscopic donor nephrectomy. *Transpl Int.* 2012;25(9):976-986.
7. Klop KW, Kok NF, Dols LF, Dor FJ, Tran KT, Terkivatan T, et al. Can right-sided hand-assisted retroperitoneoscopic donor nephrectomy be advocated above standard laparoscopic donor nephrectomy: a randomized pilot study. *Transpl Int.* 2014;27(2):162-169.
8. Kok NF, Lind MY, Hansson BM, Pilzecker D, Mertens zur Borg IR, Knipscheer BC, et al. Comparison of laparoscopic and mini incision open donor nephrectomy: single blind, randomised controlled clinical trial. *BMJ.* 2006;333(7561):221.
9. Mansour AM, El-Nahas AR, Ali-El-Dein B, Denewar AA, Abbas MA, Abdel-Rahman A, et al. Enhanced recovery open vs laparoscopic left donor nephrectomy: a randomized controlled trial. *Urology.* 2017;110:98-1103.
10. Nicholson ML, Kaushik M, Lewis GR, Brook NR, Bagul A, Kay MD, et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open donor nephrectomy. *Br J Surg.* 2010;97(1):21-28.
11. Oyen O, Andersen M, Mathisen L, Kvarstein G, Edwin B, Line PD, et al. Laparoscopic versus open living-donor nephrectomy: experiences from a prospective, randomized, single-center study focusing on donor safety. *Transplantation.* 2005;79(9):1236-1240.
12. Simforoosh N, Basiri A, Tabibi A, Shakhssalim N, Hosseini Moghaddam SM. Comparison of laparoscopic and open donor nephrectomy: a randomized controlled trial. *BJU Int.* 2005;95(6):851-855.
13. Simforoosh N, Hosseini Sharifi SH, Valipour R, Narouie B, Kamranmanesh MR, Soltani MH. Minilaparoscopy vs. standard laparoscopic donor nephrectomy: comparison of safety, efficacy and cosmetic outcomes in a randomized clinical trial. *Urol J.* 2015;12(5):2223-2227.
14. Wolf JS Jr, Merion RM, Leichtman AB, Campbell DA Jr, Magee JC, Punch JD, et al. Randomized controlled trial of hand-assisted laparoscopic versus open surgical live donor nephrectomy. *Transplantation.* 2001;72(2):284-290.
15. Macedo ES, Neves MCSR, Batista HMT, Esmeraldo RM, Esmeraldo RM. Impacto do transplante renal na variabilidade da frequência cardíaca: uma revisão narrativa. *ID on Line Rev Psicol [Internet].* 2026 [acesso em 11 mar. 2026];20(80):61-73. doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v20i80.4345>.

A inserção do farmacêutico residente nos cuidados paliativos e o uso de antimicrobianos no fim de vida de pacientes oncológicos internados em um hospital terciário: um relato de experiência

The inclusion of resident pharmacists in palliative care and the use of antimicrobial agents at the end of life of oncology patients admitted to a tertiary hospital: an experience report

Submetido: 31/08/2025 | Aprovado: 24/11/2025

Alan Victor Freitas Malveira

<https://orcid.org/0009-0002-0414-8742>

Residente em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Graduado em Farmácia pela Universidade Potiguar (UnP), Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

Juliane Lima Mesquita

<https://orcid.org/0000-0002-2625-3642>

Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Graduada em Farmácia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Universidade Federal do Ceará (UFC).

Lucielmo Faustino Souza

<https://orcid.org/0000-0003-4281-1840>

Mestre em Patologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Graduado em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Bruna Maria de Melo

<https://orcid.org/0009-0002-6292-667X>

Residente em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Graduada em Farmácia pela Universidade Paulista (UNIP), Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

Driely Dandary Soares Mendes

<https://orcid.org/0008-0009-4633-8158>

Especialista em Farmácia Hospitalar e Acompanhamento Oncológico pelo Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade (ICTQ), Graduada em Farmácia pela Universidade Potiguar (UnP), SMS Jaguaribara/CE.

Maria Liliane Luciano Pereira

<https://orcid.org/0000-0002-4289-9603>

Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Graduada em Farmácia pelo Centro Universitário Fametro (UniFametro), Universidade Federal do Ceará (UFC).

Autor Correspondente:

Alan Victor Freitas Malveira

E-mail: alanmalveiraoncologia@gmail.com

RESUMO

Os cuidados paliativos (CP) visam à promoção da qualidade de vida e ao alívio do sofrimento em pacientes com doenças ameaçadoras à vida. Nessa abordagem, o uso de antimicrobianos no fim de vida deve ser pautado no benefício da terapia e nos objetivos do cuidado. O farmacêutico clínico contribui na revisão de prescrições e no apoio à tomada de decisão racionalizando o uso destes medicamentos. O objetivo deste artigo foi relatar a experiência do autor a partir de sua atuação no serviço de CP de um hospital terciário do Ceará. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, baseado na atuação de um farmacêutico residente em uma equipe de CP de um hospital terciário do Ceará, entre abril e julho de 2025. As informações foram sistematizadas a partir de registros em diário de campo e literatura científica. A experiência evidenciou a ausência prévia de farmacêutico na equipe de CP. O residente participou de discussões clínicas, revisou prescrições e realizou orientações à equipe e aos familiares. Observou-se o uso de antimicrobianos em pacientes oncológicos com prognóstico limitado. A atuação do farmacêutico contribuiu para a adequação terapêutica, respeitando os desejos do paciente e os princípios dos CP. O farmacêutico mostrou-se essencial na equipe de CP, promovendo o uso racional de antimicrobianos e fortalecendo práticas centradas na pessoa. A atuação desse profissional favorece condutas mais racionais, seguras e alinhadas ao conforto do paciente em fim de vida. O rodízio se mostrou de grande importância na formação do residente. A experiência do residente farmacêutico na equipe de cuidados paliativos também evidenciou a importância deste profissional.

Palavras-chave: programas de otimização de antimicrobianos; cuidados paliativos; cuidados farmacêuticos.

ABSTRACT

Palliative care (PC) aims to promote quality of life and relieve suffering in patients with life-threatening illnesses. Within this approach, the use of antimicrobials at the end of life should be guided by the benefits of therapy and the goals of care. The clinical pharmacist contributes by reviewing prescriptions and supporting decision-making, helping to rationalize the use of these medications. The objective of this article was to report the author's experience based on his work in the palliative care service of a tertiary hospital in Ceará. This is a descriptive, qualitative study in the form of an experience report, based on the work of a pharmacy

resident in a PC team at a tertiary hospital in Ceará, Brazil, between April and July 2025. The information was systematized from field diary entries and scientific literature. The experience highlighted the prior absence of a pharmacist in the PC team. The resident took part in clinical discussions, reviewed prescriptions, and provided guidance to the team and to family members. The use of antimicrobials was observed in oncology patients with limited prognosis. The pharmacist's actions contributed to therapeutic appropriateness, respecting the patient's wishes and the principles of PC. The pharmacist proved essential within the PC team, promoting the rational use of antimicrobials and reinforcing person-centered practices. The pharmacist's role supports more rational, safer, and comfort-oriented approaches for end-of-life care. The rotation was of great importance for the resident's training. The pharmacy resident's experience with the palliative care team also highlighted the importance of this professional.

Keywords: antibiotic stewardship; palliative care; pharmaceutical care.

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP), conforme definidos pela Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), englobam ações e serviços de saúde voltados para o alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas que enfrentam doenças ou condições que ameaçam a continuidade da vida. Essa abordagem considera princípios fundamentais como a valorização da vida, o respeito à morte como um processo natural, a consideração pelas crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada e a aceitação da evolução natural da doença, recusando intervenções que prolonguem artificialmente o processo de morrer (1).

Por se tratar de uma abordagem multiprofissional, o farmacêutico atua de forma integrada à equipe contribuindo para o uso racional dos medicamentos, desde a otimização de doses até a desprescrição de terapias potencialmente inadequadas (2). Além disso, desempenha papel essencial na educação e no aconselhamento de pacientes, familiares e profissionais de saúde sobre o uso correto dos medicamentos, vias de administração, estabilidade, compatibilidade e manejo de efeitos adversos, inclusive em situações de uso fora das indicações de bula (off-label) ou de manipulação individualizada (3).

Dentre as diversas contribuições que o farmacêutico traz para a equipe, a promoção do uso racional dos

antimicrobianos se destaca, dada a sua relevância frente a problemática da resistência bacteriana, considerando que o uso excessivo, inadequado ou subótimo desta classe de medicamentos promove a seleção de bactérias multirresistentes, configurando como um importante problema de saúde pública (4).

Dentro desse contexto, destaca-se a complexidade do uso de antibióticos em pacientes em fim de vida, definidos como aqueles com doenças avançadas e prognóstico estimado de dias a poucas semanas de vida (5). A decisão de iniciar ou manter esse tipo de tratamento deve ser cuidadosamente avaliada, levando em conta os objetivos dos cuidados paliativos, que priorizam o alívio de sintomas, como febre e dor, e a promoção do conforto, em vez da extensão da vida a qualquer custo (6). Dentre os pacientes hospitalizados, os com diagnóstico oncológico representam uma parcela expressiva, exigindo frequentemente decisões clínicas complexas relacionadas ao uso racional de antimicrobianos (6).

Diante desta problemática, percebeu-se a necessidade da construção de um artigo que contribua com o cenário com referências acerca do tema. Portanto, o objetivo deste artigo foi relatar a experiência do autor a partir de sua atuação no serviço de CP de um hospital terciário do Ceará, apresentando as contribuições do farmacêutico na equipe, e na atuação frente ao uso dos antimicrobianos no contexto de fim de vida de pacientes oncológicos acompanhados pela equipe.

MÉTODOS

Este é um estudo descritivo, de natureza qualitativa, apresentado na forma de relato de experiência, que aborda a atuação do autor como farmacêutico residente de Cancerologia na equipe de cuidados paliativos (CP) de um hospital terciário em Fortaleza, Ceará. A experiência ocorreu entre abril e julho de 2025, como parte das atividades práticas da residência multiprofissional. O hospital, referência estadual, presta assistência hospitalar e ambulatorial a pacientes de diversas especialidades, como neurologia, oncologia, nefrologia e cirurgia vascular.

A equipe multiprofissional de CP é composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e fonoaudiólogos. Atua de forma consultiva, sendo acionada por pareceres da equipe assistencial, a quem permanece a responsabilidade principal pelo cuidado direto. Cabe à equipe de CP oferecer

suporte especializado ao paciente, família e equipe assistencial, até o desfecho do caso como, alta, óbito ou encaminhamento ambulatorial.

A sistematização do relato baseou-se em registros em diário de campo e revisão de literatura. As intervenções farmacêuticas relatadas envolvem revisão de prescrição de antibióticos, participação em discussões clínicas e orientações a pacientes, familiares e profissionais, com base nos princípios dos CP. Não houve coleta de dados clínicos identificáveis, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Conforme a Resolução CNS nº 510/2016, o trabalho não se configura como pesquisa envolvendo seres humanos, dispensando aprovação ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serviço de cuidados paliativos e o Farmacêutico Residente

O início do acompanhamento dos pacientes junto a equipe de CP ocorre mediante solicitação da equipe médica assistente durante a internação. O modelo de serviço do CP é consultivo, logo não existem leitos específicos para a abordagem, sendo atendidos pacientes nas diferentes setores do hospital. A maioria destes pacientes acompanhados pela equipe de CP neste hospital cursam com diagnósticos oncológicos avançados em diferentes órgãos ou por problemas neurológicos graves como o acidentes vasculares cerebrais (AVC). As solicitações de parecer podem variar desde auxílio no manejo de sintomas refratários, em destaque a dor, como também buscam apoio na comunicação com pacientes e familiares, no estabelecimento do plano de cuidados, na avaliação do prognóstico, na indicação ou contra-indicação de procedimentos invasivos, e no suporte em dilemas bioéticos.

O contato inicial com paciente e familiares é realizado pelo médico, acompanhado ou não por membros da equipe multiprofissional. Nesta etapa inicial, realizada à beira do leito, prioriza-se conhecer a história de vida e de doença do paciente, identificar as possíveis causas do sofrimento, os sintomas presentes, a percepção do paciente e familiares sobre sua condição, e as possíveis dúvidas, fatores que dificultam a qualidade de vida. O parecer da equipe de CP apresenta plano de cuidados individualizado, considerando a história, o momento clínico, prognóstico, aspectos psicossociais e sugestões de conduta. Após o primeiro contato, o paciente elegível para acompanhamento em CP é inserido em um banco de dados, reunindo informações relevantes e necessidades prioritárias.

Além disso, ocorrem reuniões semanais da equipe de

CP, com duração de aproximadamente quatro horas e participação de todos os profissionais. O objetivo dessas reuniões é discutir os planos de cuidados dos pacientes, alinhar condutas, compartilhar impressões, esclarecer dúvidas e promover suporte mútuo ao paciente. O paciente elegível recebe acompanhamento durante toda a internação, podendo sair do serviço em decorrência da alta hospitalar, encaminhamento para seguimento ambulatorial, óbito ou recusa do acompanhamento pelo próprio paciente.

Uma das primeiras barreiras enfrentadas nesta experiência foi a ausência de um farmacêutico na equipe de CP o que gerou uma dificuldade na sua inserção, no entanto, foi superada por meio de diálogo entre a chefia da equipe, a coordenação do programa de residência e o próprio residente. Inicialmente, apenas categorias que já faziam parte da equipe de CP poderiam realizar o rodízio no setor, como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista, assistentes sociais. Entretanto, considerou-se que, apesar da falta de um profissional farmacêutico de referência, o caráter multiprofissional da equipe garantiria uma vivência formativa relevante para o residente, contando com apoio de outros farmacêuticos nos diferentes setores para orientações de condutas.

Com o consentimento de todos os envolvidos, o rodízio no setor foi iniciado. A ausência do farmacêutico exigiu do residente uma postura proativa, com busca constante por embasamento teórico em cursos, artigos científicos e literatura especializada sobre a atuação farmacêutica em CP. Por outro lado, a equipe acolheu os residentes de forma receptiva, oferecendo uma programação estruturada de aulas e capacitações que abordavam temas centrais, como manejo de sintomas, espiritualidade, fases do adoecimento e comunicação de notícias difíceis. Os residentes foram incentivados a preparar e conduzir apresentações de seminários, com o apoio de um moderador da equipe, promovendo uma formação ativa, dialógica e colaborativa.

Essa abordagem favoreceu o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade na construção do conhecimento, ampliando as possibilidades de aprendizado. No âmbito farmacêutico, o tema escolhido para aprofundamento foi o uso de antibióticos no fim de vida. Este foi o primeiro contato do residente com a temática, sendo fundamental para compreender sua complexidade e contribuir nas discussões multidisciplinares, além de apoiar a elaboração de trabalhos científicos, como este relato. Além disso, a equipe reconheceu a importância do farmacêutico no contexto clínico, questionando práticas e buscando otimizações terapêuticas.

O farmacêutico exerce um papel multifacetado e progressivamente reconhecido nos cuidados paliativos, integrando-se de maneira estratégica às equipes multiprofissionais com o propósito de otimizar o manejo medicamentoso, garantir a segurança farmacológica e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. As principais atribuições desse profissional nesse contexto abrangem a revisão da terapêutica medicamentosa, a otimização do controle de sintomas, o processo de desprescrição, a educação em saúde, a promoção da adesão ao tratamento e o desenvolvimento de protocolos assistenciais.

A revisão da farmacoterapia permite identificar e prevenir interações medicamentosas, duplicidades terapêuticas, erros de dosagem e uso de medicamentos potencialmente inapropriados. Essa atividade inclui também a reconciliação medicamentosa, essencial nas transições de cuidado e na adaptação dos esquemas terapêuticos aos objetivos clínicos e às necessidades do paciente (2). No contexto prático, observou-se a contribuição do farmacêutico na adequação das formas farmacêuticas, como a substituição de comprimidos por soluções orais para pacientes com disfagia ou a introdução da via subcutânea para medicamentos que requerem administração parenteral.

No que se refere à otimização do controle sintomático, o farmacêutico atua diretamente sobre manifestações recorrentes em pacientes em cuidados paliativos, como dor, dispneia, ansiedade e constipação, ajustando esquemas terapêuticos, propondo alternativas farmacológicas e monitorando a eficácia e segurança das intervenções (7). A atuação precoce do farmacêutico tem sido associada a melhores taxas de controle sintomático (7). O acompanhamento farmacoterapêutico permite a identificação de problemas comumente negligenciados pela equipe, como administração em horários divergentes da prescrição, diluição inadequada de medicamentos, com possível perda da eficácia, além de contribuir com a otimização de opioides.

A desprescrição constitui outra frente de atuação contínua do farmacêutico, fundamentada na avaliação da necessidade clínica da manutenção dos medicamentos em uso. Essa prática visa à retirada de fármacos cujo risco supera os benefícios ou que não possuem mais indicação, contribuindo para a redução da carga medicamentosa, prevenção de eventos adversos e diminuição de custos associados ao cuidado (4,8). Estudos recentes, como o de Minoh Ko e colaboradores (8), demonstram que a atuação farmacêutica em cuidados paliativos é eficaz na racionalização do número de medicamentos prescritos, sem aumento de eventos adversos no curto prazo, gerando economia

sem comprometer a qualidade da assistência (8).

Outra contribuição relevante do farmacêutico nesse cenário está relacionada à educação em saúde. Esse profissional realiza a orientação dos pacientes, familiares e a própria equipe multiprofissional sobre o uso correto de medicamentos, manejo de efeitos adversos, vias alternativas de administração, incompatibilidades medicamentosas, especialmente em situações de uso off-label, além de identificar barreiras à adesão e propor estratégias para superá-las (3). No contexto da prática, observou-se que tais orientações, sobretudo no momento da alta, facilitaram a compreensão e o uso adequado das medicações domiciliares, com sugestões de horários adaptados à rotina do paciente, favorecendo a adesão ao tratamento. A atuação também envolveu a orientação da equipe quanto às incompatibilidades de medicamentos e uso da hipodermóclise, destacando-se seu amplo espectro de aplicabilidade, mesmo em usos distintos do descrito em bula.

Durante a experiência prática, foi evidente a necessidade da presença do farmacêutico na equipe para esclarecer dúvidas sobre estabilidade e compatibilidade medicamentosa, participar das discussões terapêuticas e colaborar em aspectos logísticos, como a disponibilidade de medicamentos no estoque hospitalar. A escuta qualificada e o fornecimento de informações claras aos pacientes sobre medicamentos, efeitos adversos e objetivos do tratamento contribuíram significativamente para reduzir a angústia e o sofrimento emocional, reforçando a importância do cuidado centrado na pessoa.

A partir desta primeira experiência vivenciada, outros residentes farmacêuticos poderão realizar o rodízio no setor, contribuindo para a formação de mais profissionais alinhados aos conhecimentos da abordagem.

Uso de antimicrobianos em fim de vida

Após a apresentação de um seminário com a temática “reflexões sobre o uso de antimicrobianos no fim de vida”, juntamente com as discussões realizadas na equipe de CP, a percepção sobre o uso de antimicrobianos foi ampliada, tornando mais evidente o risco de uso potencialmente inadequado em pacientes em cuidados de fim de vida. Essa nova compreensão foi reforçada por pesquisas em bases de dados, que apontaram um padrão consistente de uso excessivo de antibióticos em contextos onde o foco deveria ser o conforto do paciente. Os achados da literatura convergiram com a realidade observada no hospital, onde se notava o uso frequente de antimicrobianos como piperacilina+tazobactam, meropenem e polimixinas, em pacientes com doença

avançada, incurável, e prognóstico de dias a poucas semanas de vida.

Diante desse cenário, a discussão foi ampliada para outros setores do hospital, por meio de aulas sobre cuidados paliativos, seus princípios, fases do adoecimento e a tomada de decisão quanto ao uso de antimicrobianos no fim de vida, buscando sensibilizar os profissionais de saúde do serviço e outros residentes, sobre a importância de alinhar as condutas aos objetivos do cuidado paliativo.

A vivência nas enfermarias e nas unidades de terapia intensiva, após o rodízio em CP, evidenciou situações em que o uso de antibióticos se mantinha mesmo diante de provável refratariedade terapêutica. Em alguns casos, a decisão estava relacionada à preferência individual do médico assistente ou a pedidos de familiares para que “tudo fosse feito”. Um caso marcante foi o de um paciente com abscesso biliar, sem possibilidade de abordagem cirúrgica, para o qual estava prescrito tratamento prolongado com antibióticos de reserva, ainda que a infecção inevitavelmente retornasse. Em diálogo com a equipe de CP, o paciente expressou o desejo de passar seus últimos dias em casa, “perto dos seus”, mesmo sabendo da possibilidade de progressão da infecção. Assim, optou-se pela prescrição de antibióticos orais para controle sintomático, permitindo sua alta hospitalar já no dia seguinte.

Essa experiência reforçou a importância de colocar o paciente no centro do cuidado, respeitando suas preferências e valores sempre que possível. Infelizmente, essa não é uma prática amplamente consolidada, não apenas neste serviço, mas em grande parte da cultura assistencial, onde ainda persiste a ideia de que “é preciso fazer tudo o que for possível pelo paciente”. Muitas vezes, falta o questionamento essencial: “Como o outro gostaria de ser cuidado?”.

Infecções são um problema frequente em pacientes com doenças avançadas como câncer e demência, sendo a decisão em iniciar, manter ou suspender antimicrobianos complexa e multifatorial. Essa decisão deve ser individualizada avaliando objetivos do cuidado, pontuando o potencial benefício sintomático, riscos de efeitos adversos e impacto na qualidade de vida (6). As principais indicações para o uso de antimicrobianos em cuidados paliativos são alívio dos sintomas atribuíveis a infecções, como disúria em infecções urinárias e disfagia em candidíase oral (9). Entretanto, os dados disponíveis sobre tratamento de focos pulmonares são menos claros, existindo evidência que sugerem que os antimicrobianos levem a uma piora paradoxal dos sintomas entre residentes de casas de repouso com

demência e pneumonia, inferindo-se que a própria infecção produz uma leve sedação, levando a morte tranquila, enquanto a administração de antimicrobianos pode prolongar o processo de morrer (9).

Entre as problemáticas do uso irracional de antimicrobianos destaca-se os riscos de efeitos adversos como náuseas, diarreia, reações alérgicas, infecções por *Clostridies difficile*, além de selecionar bactérias resistentes (6). O aumento dessas bactérias é considerado uma importante ameaça à saúde pública global devido às opções limitadas de tratamento e ao risco de transmissão para outros pacientes vulneráveis (9). Otimizar o uso de antimicrobianos neste contexto é desafiador, pois está relacionado a muitas questões como a relação médico-paciente, a preferência familiar, a esperança irrealista na melhora clínica, a suposição de que antimicrobianos são medicamentos seguros e inofensivos (9).

A partir da vivência do residente, percebeu-se que existe um alto número de prescrições para pacientes em contexto de fim de vida, com escalonamentos sendo realizados dias antes do óbito, e o principal foco visto tratado foi o foco pulmonar, o que pode ser confundido com a própria progressão da doença. Para isso é fundamental o alinhamento de expectativas prognósticas entre paciente, familiares, cuidadores e equipe de saúde, possibilitando um cuidado que encontre um ponto de congruência entre a prática clínica da equipe de saúde e os valores e crenças do paciente e seus familiares.

Diante desta problemática emerge mais uma vez a importância do farmacêutico como promotor do uso racional de antimicrobianos, revisando as metas terapêuticas, presenças de foco infeccioso e também a proporcionalidade terapêutica, ajudando na tomada de decisão junto a equipe médica. Em um estudo de 2021, Hung e colaboradores (9), demonstraram que farmacêuticos e médicos infectologistas, membros da equipe do programa de gerenciamento de antimicrobianos fornecem lembretes para a revisão do esquema antimicrobiano e demonstrou que a interrupção foi segura, sem diferenças de mortalidade entre os pacientes que continuaram e os que interromperam a terapia antimicrobiana num período de 7 dias e 30 dias até o óbito (9).

No fim de vida, as recomendações e metas podem mudar rapidamente, de acordo com a condição clínica, o conforto e a experiência do paciente, ou seja, o uso de antimicrobianos pode não ter como meta curar a infecção, mas sim aliviar sintomas. Assim, no cuidado de fim de vida, as estratégias de gerenciamento de

antimicrobianos devem considerar se o paciente realmente se beneficiará do antimicrobiano e equilibrar possíveis benefícios e riscos. Por isso, é necessário incluir as preferências dos pacientes e famílias nas prescrições, ajudando a avaliar benefícios dos uso dos medicamentos. Desta forma, o prognóstico do paciente pode ajudar a definir estratégias gerais, avaliado individualmente, considerando os objetivos de cuidado específicos e o contexto clínico (10).

CONCLUSÃO

A inserção do farmacêutico residente na equipe de cuidados paliativos de um hospital terciário demonstrou ser uma experiência formativa e assistencial de grande relevância, especialmente diante da complexidade do manejo medicamentoso de pacientes oncológicos em fim de vida. A vivência evidenciou que, mesmo em cenários onde historicamente não há farmacêuticos atuando de forma estruturada, sua presença agrega benefícios concretos ao cuidado, contribuindo para a qualificação das decisões clínicas, para a segurança do paciente e para o alinhamento das condutas com os princípios dos cuidados paliativos.

A participação direta do residente em discussões clínicas, revisão de prescrições e orientação de pacientes, familiares e equipe assistencial permitiu identificar práticas passíveis de aprimoramento, em especial no uso de antimicrobianos no fim de vida. A atuação farmacêutica favoreceu a adequação das indicações, a revisão de esquemas terapêuticos, a desprescrição de medicamentos potencialmente não benéficos e a adoção de condutas centradas no conforto, fortalecendo o uso racional dessa classe terapêutica em um momento clínico marcado por vulnerabilidade e alta intensidade de cuidado.

Além das contribuições assistenciais, a experiência consolidou a importância da formação dos residentes em ambientes multiprofissionais, reforçando que o farmacêutico tem papel legítimo e necessário dentro da equipe de cuidados paliativos. A vivência evidenciou, ainda, lacunas institucionais na inserção formal desse profissional, apontando a necessidade de ampliar sua participação em equipes consultivas e em processos decisórios relacionados à farmacoterapia.

Assim, este relato demonstra que a presença do farmacêutico em cuidados paliativos não apenas qualifica o cuidado prestado, como também contribui para práticas mais seguras, éticas e alinhadas aos objetivos e valores dos pacientes em fim de vida. Recomenda-se

que serviços hospitalares considerem a incorporação estruturada deste profissional em suas equipes, ampliando o potencial de intervenções benéficas e promovendo uma assistência verdadeiramente integral.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 01 ago 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html.
2. Thrimawithana TR, Spence M, Lee M, Naysoe N, Hanna S, Yako G, et al. The role of pharmacist in community palliative care: a scoping review. *Int J Pharm Pract*. 2024; 32(3):194-200.
3. McAdam C, O'Dwyer E, Dalton K. Pharmacist-led deprescribing interventions for cancer patients in a specialist palliative care setting. *Support Care Cancer*. 2025;33(4):321.
4. Cook H, Walker KA, Lowry MF. Deprescribing interventions by palliative care clinical pharmacists surrounding goals of care discussions. *J Palliat Med*. 2022;25(12):1818-1823.
5. Carvalho RT, Rocha JA, Franck EM, Crispim DH, Jales SM, Souza MR. Manual da residência de cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar. Barueri: Manole; 2022.
6. Crispim DH, Silva IO, Carvalho RT, Levin AS. End-of-life use of antibiotics: a survey on how doctors decide. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2022 [acesso em 21 ago 2025];114:219-225. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.10.026>.
7. Malotte K, Naidu DR, Herndon CM, Atayee RS. Multicentered evaluation of palliative care pharmacists' interventions and outcomes in california. *J Palliat Med* [Internet]. 2021 [acesso em 21 ago 2025];24(9):1358-1363. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0566>.
8. Ko M, Kim SH, Suh SY, Cho YS, Kim I, Yoo SH, et al. Consultation-based deprescribing service to optimize palliative care for terminal cancer patients. *J Clin Med* [Internet]. 2023 [acesso em 21 ago 2025];12(23):7431.

doi: <https://doi.org/10.3390/jcm12237431>.

9. Hung KC, Lee LW, Liew YX, Krishna L, Chlebicki MP, Chung SJ, et al. Antibiotic stewardship program (ASP) in palliative care: antibiotics, to give or not to give. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* [Internet]. 2022 [acesso em 21 ago 2025];41(1):29-36. doi: <https://doi.org/10.1007/s10096-021-04325-z>.
10. Larnard J, Stead W, Branch-Elliman W. Considering patient, family, and provider goals and expectations in a rapidly changing clinical context: a framework for antimicrobial stewardship at the end of life. *Infect Dis Clin North Am* [Internet]. 2022 [acesso em 21 ago 2025];36(4):919-930. doi: <https://doi.org/10.1016/j.idc.2022.09.003>.

O papel da equipe de enfermagem na promoção do cuidado humanizado a pacientes em cuidados paliativos na UTI

The role of the nursing team in promoting humanized care for patients under palliative care in the ICU

Submetido: 31/08/2025 | Aprovado: 24/11/2025

Samara Nunes de Souza

<https://orcid.org/0009-0002-9114-4757>

Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (Estácio/FIC), Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Famart (Famart), Formação complementar em Enfermagem em Saúde Pública pela Faculdade Holística (FAHOL), com ênfase em Vigilância em Saúde, Hospital Geral de Fortaleza.

Fabiano Andrade da Costa

<https://orcid.org/0009-0002-4999-8492>

Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Hospital Geral de Fortaleza.

Sadiane Costa Pereira

<https://orcid.org/0009-0007-6884-8058>

Pós-graduanda em Obesidade e Metabolismo pela Faculdade Uniguaçu, Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Christus (Unichristus), Técnica de Enfermagem pela E. E. P. Antônio Rodrigues de Oliveira, Hospital Geral de Fortaleza.

Isana Sousa Gomes da Silva

<https://orcid.org/0009-0008-9687-5501>

Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Faculdade Iguazu, Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza (UNIGRANDE).

Yasmim dos Santos Mangeth

<https://orcid.org/0009-0008-0730-7466>

Acadêmica de Odontologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

Elton Antonio Perez Lima

<https://orcid.org/0009-0003-6231-3387>

Especialista em Saúde Pública pela Universidade Anhanguera, Especialista em Tomografia Computadorizada com Ênfase em Protocolos Aplicáveis ao Radiodiagnóstico pelo Centro Universitário Christus (Unichristus), Graduado em Tecnólogo em Radiologia pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (Estácio FIC).

Maria Regiane Vieira Azevedo

<https://orcid.org/0009-0004-6778-7095>

Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ), Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (Estácio/FIC).

Maria Amanda Oliveira da Silva

<https://orcid.org/0009-0002-9462-9565>

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Paulista (Unip).

Autor Correspondente:

Samara Nunes de Souza

E-mail: samaranunes62@gmail.com

RESUMO

O cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva (UTI) é essencial, especialmente para pacientes em cuidados paliativos, pois envolve não apenas o manejo clínico e o alívio da dor, mas também o suporte emocional, espiritual e social ao paciente e à família (1,2). Este relato de experiência teve como objetivo descrever a atuação da equipe de enfermagem na promoção do cuidado humanizado em pacientes em cuidados paliativos em uma UTI adulto de hospital terciário em Fortaleza-CE. A experiência foi registrada em agosto de 2025, por meio de observação participante e reflexiva, considerando situações cotidianas relacionadas à humanização. A análise focou em quatro eixos: caracterização do cenário assistencial, práticas de enfermagem, resultados percebidos e reflexões críticas sobre desafios enfrentados. Durante a prática, destacaram-se estratégias como comunicação clara e acolhedora com pacientes e familiares, flexibilização de visitas, promoção do conforto físico e emocional, respeito à espiritualidade e preservação da dignidade, incluindo a redução de procedimentos invasivos conforme o plano de cuidados paliativos (1,4). Essas ações favoreceram o vínculo de confiança, reduziram a ansiedade e proporcionaram sensação de acolhimento ao paciente e à família. Apesar das dificuldades, como rigidez das rotinas da UTI e impacto emocional nos profissionais, a experiência evidenciou que a humanização contribui significativamente para a qualidade de vida do paciente, apoio à família e fortalecimento do papel da enfermagem. Ressalta-se a necessidade de políticas institucionais de suporte e capacitação continuada para a equipe de enfermagem, garantindo assistência integral, ética e humanizada (1,4).

Palavras-chave: humanização; cuidados paliativos; enfermagem; unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

Humanized care in intensive care units (ICUs) is essential, especially for patients undergoing palliative care, as it involves not only clinical management and pain relief but also emotional, spiritual, and social support for the patient and family (1,2). This experience report aimed to describe the nursing team's role in promoting humanized care for patients undergoing palliative care in an adult ICU of a tertiary hospital in Fortaleza, Ceará. The experience was recorded in August 2025 through participant and reflective observation, considering everyday situations related to humanization. The analysis focused on four axes: characterization of the care setting, nursing

practices, perceived outcomes, and critical reflections on challenges faced. During the practice, strategies such as clear and welcoming communication with patients and families, flexible visitation, promotion of physical and emotional comfort, respect for spirituality, and preservation of dignity stood out, including the reduction of invasive procedures according to the palliative care plan (1,4). These actions fostered trust, reduced anxiety, and provided a sense of support for patients and their families. Despite the challenges, such as the rigidity of ICU routines and the emotional impact on professionals, the experience demonstrated that humanization contributes significantly to patient quality of life, family support, and the strengthening of the nursing role. The need for institutional support policies and ongoing training for the nursing team is emphasized, ensuring comprehensive, ethical, and humanized care (1,4).

Keywords: humanization; palliative care; nursing; intensive care unit.

INTRODUÇÃO

O cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva (UTI) é fundamental, especialmente quando se trata de pacientes em cuidados paliativos. A enfermagem exerce papel central nesse contexto, pois atua no manejo clínico, no alívio da dor e também no suporte emocional, espiritual e social ao paciente e sua família (1,2).

A humanização do cuidado, nesse cenário, significa reconhecer a dignidade do paciente, respeitar sua autonomia e favorecer sua qualidade de vida, mesmo diante da finitude (3). Este relato tem como objetivo descrever experiências da equipe de enfermagem na promoção do cuidado humanizado a pacientes em cuidados paliativos em uma UTI de hospital geral.

Durante o período de internação em uma UTI os pacientes podem ter algumas formas de prognósticos sejam eles favoráveis (estabilização clínica, recuperação parcial ou total, transferências para outra unidade) ou desfavoráveis (cuidados paliativos e óbito). Cuidados paliativos, definimos quando não há possibilidade de reversão do quadro e a prioridade passa a ser o conforto, controle da dor e apoio à família. Quando os internados passam a ser inseridos em cuidados paliativos, demandando práticas diferenciadas e voltadas ao acolhimento e à dignidade no processo de morrer (3).

Durante a assistência, a equipe de enfermagem sempre

busca adotar estratégias voltadas à humanização do cuidado, como comunicação acolhedora e clara, estabelecida tanto com os pacientes, quando possível, quanto com seus familiares. Essa prática fortaleceu o vínculo, reduziu a angústia e possibilitou melhor entendimento do processo de terminalidade. Neste cenário podemos identificar as visitas abertas possibilitando uma maior interação com os familiares e entres queridos no processo de morrer; promoção de conforto físico, por meio do manejo da dor, higiene corporal respeitosa, massagem com hidrate corporal, posicionamento adequado e ambiente silencioso/musicoterapia, o que favoreceu a sensação de bem-estar; acolhimento emocional e espiritual, respeitando valores individuais, incentivando visitas de familiares e facilitando práticas de fé ou espiritualidade, conforme a solicitação do paciente e de seus familiares; preservação da dignidade, garantindo autonomia nas pequenas escolhas e evitando procedimentos desnecessários, com a redução total ou parcial dos dispositivos invasivos de acordo com o plano de cuidados paliativos.

O estudo dessa temática se justifica ainda pela necessidade de fortalecer políticas institucionais de humanização e capacitação profissional, dado que profissionais de enfermagem frequentemente enfrentam sobrecarga de trabalho, impacto emocional diante da terminalidade e barreiras estruturais que dificultam a implementação de práticas humanizadas (4).

Dessa forma, o presente relato de experiência busca contribuir para a reflexão sobre a importância da humanização na UTI, destacando estratégias de cuidado que promovam conforto, qualidade de vida e respeito à dignidade do paciente em cuidados paliativos, além de oferecer subsídios para a formação e suporte da equipe de enfermagem (1,2,4).

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, de natureza qualitativa e descritiva, elaborado a partir da vivência da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto de um hospital de nível terciário pertencente à Secretaria da Saúde do Ceará (SESA), localizado na cidade de Fortaleza-CE. A instituição dispõe de 597 leitos ativos, dos quais 84 são leitos de UTI. As unidades recebem pacientes de diversas especialidades, incluindo aqueles com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI), acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH), condições hepáticas graves, além de pacientes oriundos de outras clínicas de alta complexidade.

O perfil clínico predominante, na unidade do relato é composto por indivíduos portadores de doenças crônicas descompensadas ou em estágio avançado, especialmente doenças renais, hepáticas e neurológicas. Também são frequentemente admitidos pacientes com complicações pós-operatórias de cirurgias de grande porte, além de indivíduos em eventos neurológicos.

Grande parte desses pacientes apresenta múltiplas comorbidades, elevada pressão assistencial e alto grau de fragilidade clínica, necessitando de monitorização contínua, suporte avançado de vida e atuação multiprofissional permanente. Por se tratar de um público sensível, a unidade mantém uma abordagem centrada no cuidado humanizado, especialmente relevante nos casos de pacientes em cuidados paliativos, que demandam intervenções voltadas ao conforto, dignidade e tomada de decisão compartilhada.

Sua emergência funciona como porta aberta 24 horas, destinada ao atendimento de alta complexidade, recebendo pacientes críticos em diferentes fases de doenças agudas e crônicas.

A experiência foi registrada no período de agosto de 2025, durante a assistência a pacientes em cuidados paliativos.

A construção do relato ocorreu a partir da observação participante e reflexiva, considerando situações assistenciais cotidianas relacionadas à promoção do cuidado humanizado. O relato foi organizado em quatro eixos: (a) caracterização do cenário assistencial; (b) práticas de enfermagem realizadas; (c) resultados percebidos para pacientes, familiares e equipe; (d) reflexões críticas sobre desafios e aprendizados.

Por se tratar de um relato de experiência, não houve coleta de dados em prontuários, entrevistas ou aplicação de instrumentos de pesquisa. Portanto, não se configurou como estudo envolvendo seres humanos, estando dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais (5).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vivência da equipe de enfermagem na UTI com pacientes em cuidados paliativos evidenciou que a promoção do cuidado humanizado está diretamente relacionada à comunicação, ao acolhimento e ao

respeito à dignidade do paciente. Durante a prática, observou-se que a comunicação clara e acolhedora com os familiares favoreceu a compreensão do processo de terminalidade, reduziu a ansiedade e fortaleceu o vínculo de confiança entre equipe, paciente e família. Esses achados corroboram Santos, Camacho, Silva, Melo (1), que destacam a comunicação como ferramenta essencial no cuidado paliativo.

Outro resultado relevante foi a atenção ao conforto físico e emocional, com medidas como o alívio da dor, cuidados com a higiene, adequação do posicionamento no leito e criação de um ambiente mais calmo. Tais práticas proporcionaram maior tranquilidade ao paciente e sensação de acolhimento à família, confirmando o que Perão, Araújo, Rodrigues, Silva (3) apontam sobre a importância da humanização no ambiente intensivo, muitas vezes marcado por alta tecnologia e protocolos rígidos.

Também se destacou a valorização da espiritualidade e da individualidade, por meio do respeito às crenças e da facilitação da presença da família em momentos críticos. Isso se mostrou essencial para o enfrentamento do luto antecipatório e da morte, fortalecendo o papel da enfermagem como mediadora de cuidado integral. Machado, Mello, Rocha, Lauer, Junges (2) ressaltam que a humanização em cuidados paliativos requer olhar além da dimensão biológica, contemplando aspectos emocionais e espirituais.

Entretanto, alguns desafios foram identificados. A rigidez da rotina da UTI, associada à alta demanda assistencial, limitou a flexibilização de visitas e dificultou momentos de privacidade em situações delicadas. Além disso, a equipe vivenciou sofrimento emocional diante da morte de pacientes, revelando a necessidade de suporte psicológico e espaços de escuta para os profissionais. Esses aspectos vão ao encontro do estudo de Sousa, Oliveira, Nascimento, Silva (4), que evidenciam a importância das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros em cuidados paliativos para reduzir o desgaste emocional.

Dessa forma, a experiência reforça que a humanização em cuidados paliativos na UTI exige não apenas práticas assistenciais voltadas ao conforto e à dignidade, mas também políticas institucionais de apoio à equipe, com capacitações e estratégias de autocuidado profissional.

CONCLUSÃO

A vivência relatada evidenciou que a equipe de

enfermagem desempenha papel central na promoção do cuidado humanizado em pacientes em cuidados paliativos na UTI, atuando como mediadora entre tecnologia, paciente e família. As práticas de comunicação acolhedora, manejo da dor, respeito à espiritualidade e preservação da dignidade se mostraram fundamentais para oferecer um cuidado integral e qualificado.

Apesar dos desafios enfrentados como a rigidez das rotinas institucionais e o impacto emocional nos profissionais, observou-se que a humanização favoreceu maior tranquilidade ao paciente e proporcionou apoio significativo aos familiares no processo de enfrentamento da finitude.

Dessa forma, conclui-se que a humanização em cuidados paliativos na UTI não apenas melhora a qualidade de vida do paciente em fase terminal, mas também fortalece os vínculos de confiança com a família e reafirma o compromisso ético e social da enfermagem. Ressalta-se, ainda, a importância de políticas institucionais de apoio e capacitação continuada, que ofereçam suporte aos profissionais de saúde, garantindo assistência integral, digna e humanizada.

A experiência reafirma a importância do papel da enfermagem na promoção do cuidado humanizado em pacientes em cuidados paliativos na UTI. A valorização da comunicação, da escuta ativa e do respeito à dignidade do paciente contribuiu para melhorar a qualidade de vida e para apoiar familiares em um momento de grande vulnerabilidade. Contudo, é essencial que instituições fortaleçam políticas de humanização e ofereçam capacitação contínua à equipe de enfermagem, além de suporte emocional aos profissionais envolvidos (1,4).

REFERÊNCIAS

1. Santos KL, Camacho AC, Silva FR, Melo ER. Comunicação da enfermeira em cuidados paliativos: um relato de experiência. Rev Recien. 2023;13(41):170-176.
2. Machado ME, Mello AM, Rocha EM, Lauer R, Junges M. A promoção do cuidado humanizado com pacientes e familiares na atenção paliativa hospitalar: relato de experiência da equipe de enfermagem. In: Anais do 4th Congresso de Cuidados Paliativos do Mercosul [Internet]; 13-19 jun 2019; Pelotas. Pelotas; 2019 [acesso em 17 ago. 2025]. Disponível em: <https://doity.com.br/anais/iv-congresso-cuidados-paliativos-mercosul-v3-2019/trabalho/91692>.

3. Perão OF, Araújo FL, Rodrigues RM, Silva DP. Humanização do cuidado em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20190412.

4. Sousa JM, Oliveira RS, Nascimento KC, Silva VL. Estratégias de enfrentamento utilizadas por profissionais de enfermagem em cuidados paliativos. Cienc Cuid Saude. 2022;21:e58794.

5. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 17 ago. 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

Ação multiprofissional de educação em saúde no centro de infusão de um Hospital Geral em Fortaleza: desmistificando o tratamento oncológico

Multiprofessional health education action in the infusion center of a General Hospital in Fortaleza: demystifying oncological treatment

Submetido: 30/09/2025 | Aprovado: 24/11/2025

Gabriel Lucas Pomponet Santos

<https://orcid.org/0009-0009-5064-6831>

E Residência Uniprofissional em Fisioterapia Hospitalar pelo Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Especialista em Terapia Intensiva Adulto pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), Residente de Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Graduado em Fisioterapia pela Faculdade Pitágoras-BA, Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Jardel Gonçalves de Sousa Almondes

<https://orcid.org/0000-0001-6376-4276>

Doutorando em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Graduado em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Piauí(UESPI), Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Universidade Federal do Ceará (UFC).

Autor Correspondente:

Gabriel Lucas Pomponet Santos
E-mail: gabriellpomponet@gmail.com

RESUMO

Este estudo relata a experiência de uma ação educativa multiprofissional realizada com pacientes em tratamento quimioterápico no Hospital Geral de Fortaleza. A quimioterapia, apesar de essencial, provoca efeitos colaterais que impactam a qualidade de vida, agravando questões emocionais e sociais dos pacientes. A falta de informação adequada e a circulação de mitos dificultam a adesão ao tratamento e aumentam a ansiedade. A intervenção foi conduzida por uma equipe integrada de profissionais residentes em cancerologia, que utilizou metodologia dialógica e participativa para responder dúvidas frequentes dos pacientes, tais como segurança domiciliar, efeitos da quimioterapia, nutrição e direitos sociais. O formato colaborativo estimulou a troca de experiências, promovendo um ambiente de escuta ativa e confiança. Os resultados evidenciaram que a ação educativa contribuiu para esclarecer mal-

entendidos, reduzir o medo e fortalecer a autonomia dos pacientes, favorecendo uma melhor adesão ao tratamento. A abordagem integrada da equipe evitou respostas fragmentadas, garantindo um cuidado mais completo e humanizado. O estudo destaca a importância da educação em saúde como ferramenta fundamental no cuidado oncológico, especialmente em contextos complexos como o da quimioterapia. A promoção de espaços de diálogo e esclarecimento, aliados ao acolhimento emocional, melhora a experiência terapêutica e a qualidade de vida dos pacientes. Sugere-se a incorporação sistemática de ações educativas multiprofissionais nas rotinas hospitalares para um atendimento mais centrado no paciente e eficaz.

Palavras-chave: quimioterapia; educação em saúde; câncer; oncologia.

ABSTRACT

This study reports the experience of a multiprofessional educational intervention conducted with patients undergoing chemotherapy at the General Hospital of Fortaleza, aimed at debunking beliefs and myths related to cancer and its treatment. Although essential, chemotherapy causes side effects that impact patients' quality of life, exacerbating emotional and social challenges. The lack of adequate information and the spread of myths hinder treatment adherence and increase anxiety. The intervention was carried out by an integrated healthcare team using a dialogical and participatory methodology to address frequent patient doubts, such as home safety, chemotherapy effects, nutrition, and social rights. The collaborative format encouraged the exchange of experiences, fostering an environment of active listening and trust. Results showed that the educational activity helped clarify misunderstandings, reduce fear, and strengthen patient autonomy, promoting better treatment adherence. The integrated team approach prevented fragmented responses, ensuring more comprehensive and humanized care. The study highlights the importance of health education as a fundamental tool in oncology care, especially in complex contexts like chemotherapy. Promoting spaces for dialogue and clarification, combined with emotional support, improves the therapeutic experience and patients' quality of life. It is suggested that multiprofessional educational actions be systematically incorporated into hospital routines for more patient-centered and effective care.

Keywords: chemotherapy; health education; cancer; medical oncology.

INTRODUÇÃO

O tratamento oncológico no Brasil, especialmente no contexto de pacientes em tratamento quimioterápico, enfrenta uma série de desafios que envolvem não apenas os aspectos clínicos e médicos da doença, mas também questões emocionais, psicológicas e sociais que impactam diretamente a qualidade de vida dos pacientes. A quimioterapia, embora seja uma das principais estratégias terapêuticas no tratamento do câncer, está frequentemente associada a efeitos colaterais severos e ao desgaste físico, que muitas vezes agravam as dificuldades emocionais e sociais vivenciadas pelos pacientes. Além disso, a complexidade do tratamento oncológico exige uma compreensão abrangente da doença e dos métodos terapêuticos, o que, muitas vezes, é dificultado pela falta de informação

adequada ou pela presença de mitos e estigmas relacionados ao câncer (1).

A falta de conhecimento sobre o diagnóstico e as terapias propostas pode gerar insegurança, ansiedade e até mesmo resistência ao tratamento, complicando ainda mais a adesão ao regime terapêutico. Esses fatores, somados ao impacto psicológico do diagnóstico e da convivência com a doença, tornam o cuidado oncológico uma experiência multifacetada, que exige uma abordagem integrada e multidisciplinar para atender não apenas às necessidades físicas, mas também emocionais e sociais dos pacientes (2).

A educação em saúde é essencial no tratamento oncológico, especialmente para pacientes em quimioterapia, pois oferece o conhecimento necessário sobre a doença, o tratamento e os efeitos colaterais. Isso reduz a ansiedade, melhora a adesão ao tratamento e prepara os pacientes para enfrentar as dificuldades. A intervenção, realizada por uma equipe multiprofissional, adota uma abordagem holística que atende tanto às necessidades físicas quanto emocionais e sociais dos pacientes. O uso de metodologias participativas facilita o esclarecimento de dúvidas, fortalece o vínculo de confiança entre paciente e equipe, e contribui para um cuidado integral e eficaz (2,3,4,5).

O tratamento oncológico é frequentemente permeado por mitos, crenças populares e interpretações subjetivas que podem comprometer significativamente a adesão terapêutica e intensificar a carga emocional dos pacientes e seus familiares. Essas concepções equivocadas, muitas vezes fundamentadas em experiências negativas anteriores, relatos informais ou interpretações religiosas, reforçam o estigma em torno do câncer e alimentam o medo, a desinformação e a resistência ao tratamento convencional (6).

Esse cenário se agrava diante da dificuldade de acesso à informação clara e acessível, bem como pela ausência de diálogo aberto entre profissionais de saúde, pacientes e familiares. Assim, torna-se imprescindível o papel da equipe multiprofissional na desconstrução desses mitos, por meio de ações educativas embasadas na escuta qualificada, no acolhimento e na transmissão de informações fidedignas, com o objetivo de promover uma compreensão realista e segura sobre o tratamento, contribuindo para o enfrentamento mais consciente da doença e a melhoria da qualidade de vida dos envolvidos (6,7).

Diante dos desafios identificados no cuidado oncológico, este estudo tem como objetivo relatar a experiência da equipe multiprofissional na condução

de uma ação educativa voltada à desmistificação de crenças e mitos relacionados ao tratamento do câncer. A intervenção foi concebida não apenas como um instrumento de educação em saúde, mas como uma estratégia humanizada de cuidado, capaz de favorecer o empoderamento dos pacientes por meio da escuta ativa, do acolhimento e da oferta de informações baseadas em evidências científicas.

MÉTODOS

Este estudo de natureza qualitativa, classificado como relato de experiência, descreve a realização de uma ação educativa multiprofissional com pacientes em tratamento quimioterápico no Centro de Infusão do Hospital Geral de Fortaleza, no mês de maio de 2025. A atividade foi conduzida pela equipe da turma XII da Residência Multiprofissional (RESMULTI) em Cancerologia da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), composta por enfermeiro, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, farmacêutica e assistente social. O objetivo da ação foi esclarecer dúvidas recorrentes sobre o tratamento oncológico, desmistificando mitos e promovendo o empoderamento dos pacientes por meio da educação em saúde.

O planejamento da ação educativa teve como base um levantamento prévio das principais dúvidas entre os pacientes atendidos no centro de infusão. Esse levantamento foi realizado por meio de interações com os pacientes durante as consultas e registros clínicos, que permitiram identificar os mitos mais comuns relacionados ao tratamento oncológico. A partir desse diagnóstico, foram formuladas questões claras e objetivas, abordando temas relevantes sobre o tratamento, nutrição, atividade física e aspectos emocionais.

As questões abordadas durante a ação educativa foram relacionadas a temas recorrentes entre os pacientes, como “Posso usar o mesmo banheiro que meus familiares após a quimioterapia?”, “O cigarro causa somente câncer de pulmão?” e “Posso fazer exercício físico durante o tratamento oncológico?”. Outras perguntas também surgiram, como “Todo paciente oncológico tem direito à aposentadoria?”, “A quimioterapia pode causar mudanças de humor?”, “O açúcar alimenta o câncer?”, “A quimioterapia vermelha é mais forte que a branca?” e “A radioterapia é mais agressiva que a quimioterapia?”. Estas questões serviram como ponto de partida para as discussões durante a ação educativa, com o objetivo de esclarecer as incertezas e promover uma compreensão mais adequada sobre o tratamento.

A metodologia adotada foi dialógica e participativa, com os residentes em Cancerologia atuando de forma colaborativa e integrada. Após cada pergunta, os residentes ofereceram esclarecimentos fundamentados em evidências científicas, utilizando uma linguagem acessível e sensível à realidade dos pacientes. Durante a roda de conversa, os pacientes foram incentivados a compartilhar suas dúvidas, experiências e preocupações, o que possibilitou a troca de saberes e uma reflexão conjunta sobre os mitos e os fatos relacionados ao câncer e seu tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ação educativa realizada no Centro de Infusão do Hospital Geral de Fortaleza evidenciou o papel estratégico da equipe multiprofissional na promoção de um cuidado mais informado, participativo e humanizado para pacientes em tratamento quimioterápico. A atividade, planejada com base nas dúvidas mais recorrentes observadas em atendimentos anteriores, utilizou uma metodologia dialógica para favorecer a troca de saberes e o acolhimento das experiências individuais.

As questões previamente selecionadas pela equipe serviram como ponto de partida para a conversa. Esses temas despertaram grande interesse entre os participantes e estimularam a adesão ao debate, ampliando o espaço para novos relatos, perguntas e reflexões trazidas de forma espontânea. O formato participativo permitiu que os pacientes deixassem de ser apenas receptores de informação e se tornassem protagonistas no processo de aprendizado.

A experiência relatada está alinhada à metodologia problematizadora de outros relatos de experiência de práticas pedagógicas em que o aprendizado efetivo ocorre por meio da dialogicidade, na qual diálogo e reflexão conjunta promovem a construção crítica e colaborativa do conhecimento. Assim, o formato participativo adotado na ação educativa não apenas facilitou a compreensão dos conteúdos técnicos, mas também fortaleceu a autonomia dos pacientes, oferecendo um ambiente de escuta ativa sensível às suas necessidades e preparando-os melhor para enfrentar os desafios do tratamento oncológico (8).

Durante a atividade, foi possível perceber que muitos dos mitos e crenças em circulação não apenas dificultam a compreensão sobre o tratamento, mas também alimentam medos que afetam diretamente a experiência do cuidado. A linguagem acessível, combinada ao conhecimento técnico da equipe, ajudou a reduzir essas

barreiras, promovendo maior clareza e confiança.

Atividades educativas em grupo para pacientes oncológicos e seus familiares são estratégias eficazes para identificar precocemente problemas e preocupações durante o tratamento. Um estudo espanhol aponta que esses encontros facilitam a troca de experiências, sentimentos e dificuldades entre os participantes, além de fornecer orientações específicas para o enfrentamento da doença. Essa abordagem coletiva fortalece o apoio emocional e ajuda a criar redes de suporte, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias práticas no manejo dos desafios do tratamento oncológico (9).

A atuação integrada dos diferentes profissionais da equipe foi essencial para responder às questões de forma ampla, mas coesa. Cada profissional contribuiu a partir de sua área de conhecimento, evitando abordagens fragmentadas e fortalecendo a ideia de um cuidado verdadeiramente interdisciplinar. Além disso, a escuta ativa e o respeito às experiências individuais dos pacientes favoreceram um ambiente de confiança, onde os participantes se sentiram seguros para compartilhar dúvidas e vivências.

Mais do que oferecer esclarecimentos pontuais, a ação teve impacto na percepção dos pacientes sobre o próprio tratamento. Muitos demonstraram alívio ao ver suas dúvidas acolhidas e esclarecidas de forma empática. Esse tipo de resposta sugere que intervenções educativas bem conduzidas podem atuar como fator de proteção emocional, contribuindo para reduzir a ansiedade relacionada ao processo terapêutico. A literatura já reconhece que ações educativas associadas ao acolhimento têm potencial para melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida de pessoas com câncer (10,11,12,13).

A experiência destaca a relevância da educação em saúde no cuidado hospitalar, especialmente em contextos de alta complexidade, ao promover um ambiente mais acolhedor e centrado nas necessidades dos pacientes. Além de ampliar o acesso à informação, essa abordagem contribui para a humanização do atendimento. No entanto, o estudo apresenta limitações, como a realização em um único centro de infusão e a amostra restrita, o que impede a generalização dos resultados. Além disso, a abordagem qualitativa não permite medir o impacto quantitativo da intervenção, sendo necessário expandir a pesquisa com métodos complementares para avaliar os efeitos a longo prazo.

CONCLUSÃO

A experiência relatada destaca a importância das ações educativas no cuidado oncológico, especialmente no contexto da quimioterapia. Essas ações proporcionaram um espaço de diálogo e escuta, permitindo que a equipe multiprofissional esclarecesse dúvidas e criasse um ambiente acolhedor para os pacientes, que se sentiram mais preparados para enfrentar os desafios do tratamento. A escolha de temas alinhados às vivências dos pacientes e a colaboração entre diferentes áreas da saúde contribuíram para uma abordagem integral, considerando aspectos emocionais, sociais e clínicos.

Os resultados sugerem que, quando bem planejadas, as ações educativas podem aumentar a autonomia dos pacientes, fortalecer o vínculo com a equipe e melhorar a adesão ao tratamento. Embora o relato seja pontual, os efeitos observados indicam que essas iniciativas podem ser incorporadas sistematicamente aos cuidados hospitalares, promovendo uma abordagem mais humanizada e centrada no paciente. Além disso, a experiência reforça a importância da comunicação como parte essencial da prática multiprofissional no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS:

1. Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):750-757.
2. Remondi FA, Cabrera MA, Souza RK. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso em 18 ago. 2025];30(1):126-136. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00092613>.
3. Gumusay O, Cetin B, Benekli M, Gurcan G, Ilhan MN, Bostankolu B, et al. Factors influencing chemotherapy goal perception in newly diagnosed cancer patients. *J Cancer Educ.* 2015;31(2):308-313.
4. Maunsell E, Lauzier S, Brunet J, Pelletier S, Osborne RH, Campbell HS. Health-related empowerment in cancer: Validity of scales from the Health Education Impact Questionnaire. *Cancer.* 2014;120(20):3228-3236.

5. Sá SC, Santos EA, Silva NB, Chaves BS, Lira SC. Desafios e potencialidade da atuação da equipe multiprofissional na atenção primária em saúde. *Saúde Colet (Barueri)*. 2021;11(61):4918-4929. revisa.v12.n1.p13a24.
6. Silva-Rodrigues FM, Vulczak VL, Alencar CF, Santos LS, Nascimento LC. Concepções dos pais acerca da doença oncológica e do tratamento quimioterápico de seus filhos. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2020 [acesso em 18 ago. 2025];10:e33. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769235898>.
7. Silva AG, Pereira AT, Miola TM, Ribeiro SM. Perfil nutricional dos pacientes em tratamento oncológico sem suporte nutricional. *BRASPEN J*. 2021;36(3):251-257.
8. Nascimento MA, Silva CN. Rodas de conversa e oficinas temáticas: experiências metodológicas de ensino-aprendizagem em geografia. In: 10th Encontro Nacional de Práticas de Ensino de Geografia; 30 ago.-2 set. 2009; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
9. Vila C, Reñones C, Ferro T, Peñuelas MA, del Mar Jiménez M, Rodríguez-Lescure a, et al. Advanced breast cancer clinical nursing curriculum: review and recommendations. *Clin Transl Oncol* [Internet]. 2017 [acesso em 18 ago. 2025];19(2):251-260. doi: <https://doi.org/10.1007/s12094-016-1530-0>.
10. Soliz PP, Silveira A, Hammel GS, Ferreira CL, Soccol KL. Educação em saúde para pessoa com câncer em tratamento com antineoplásico: revisão integrativa. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2023 [acesso em 18 ago. 2025];97(1):e023032.
11. Santos MA, Souza C. Intervenções grupais para mulheres com câncer de mama: desafios e possibilidades. *Psic Teor Pesq* [Internet]. 2019 [acesso em 18 ago. 2025];35:e35410. doi: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35410>.
12. Vasconcelos RM, Rodrigues KS, Pinto JA, Viana MC, Niesciur LV, Matos JG, et al. A melhoria na adesão ao tratamento e qualidade de vida em pacientes oncológicos frente ao acolhimento humanizado multidisciplinar e interprofissional de acadêmicos. *Asclepius Int J Sci Health Sci* [Internet] 2025 [acesso em 18 ago. 2025];4(7):166-178.
13. Guimarães JR, Silva CL, Araújo AH. Ética, acolhimento e tratamento humanizado aos pacientes oncológicos. *REVISA* [Internet]. 2023 [acesso em 18 ago. 2025];12(1):13-24. doi: <https://doi.org/10.36239/>

Entrevista social como ferramenta de aplicação da instrumentalidade do trabalho da (o) assistente social no campo da saúde

Social interview as a tool for applying the work instrumentality of the social worker in the health field

Submetido: 30/09/2025 | Aprovado: 25/11/2025

Socorro Letícia Fernandes Peixoto

<https://orcid.org/0000-0003-3076-1428>

Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Mestre em Políticas Públicas e Sociedade pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Daniele Ribeiro Alves

<https://orcid.org/0000-0003-1721-776X>

Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Mestre em Políticas Públicas e Sociedade pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Ruth Brito dos Santos

<https://orcid.org/0000-0003-2130-1550>

Mestre em Políticas Públicas e Sociedade pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Ana Rosa Alves da Silva

<https://orcid.org/0000-0002-5078-1373>

Mestre em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Helaine Aparecida Maia

<https://orcid.org/0009-0001-4241-5947>

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Eliana Santos de Castro Gadelha

<https://orcid.org/0000-0002-4265-0904>

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Vanusa Maria Tomé Bandeira de Sousa Daud

<https://orcid.org/0009-0004-8212-939X>

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Jeane de Freitas Ozana Pessoa

<https://orcid.org/0000-0003-0698-5771>

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Autor Correspondente:

Socorro Letícia Fernandes Peixoto
E-mail: leticiafpeixoto@hotmail.com

RESUMO

O estudo apresenta reflexões sobre o uso da entrevista social nas intervenções cotidianas do Serviço Social do Hospital Geral de Fortaleza, Ceará, Brasil. Objetivou-se analisar a importância da entrevista social como técnica fundamental no trabalho do(a) assistente social no campo da saúde, destacando sua contribuição para a coleta qualificada de informações e para a defesa dos direitos sociais dos usuários e de suas famílias. Buscou-se ainda analisar como a estruturação adequada da Ficha de Acompanhamento Social direciona a prática profissional, além de promover uma reflexão crítica acerca dos impactos positivos e negativos do uso dessa ferramenta na intervenção social. Adotou-se a abordagem qualitativa, a partir do relato de experiência que se fundamenta na compreensão crítica e reflexiva da utilização do recurso pela equipe, durante os plantões no hospital, de segunda a domingo, no ano de 2024, enfatizando sua relevância para a apreensão das expressões sociais e na compreensão do processo saúde-doença, construtor que induzem a visibilidade das práticas desenvolvidas e subsidia o fazer profissional. Os resultados evidenciaram que a entrevista social constitui um instrumento central na atuação do assistente social em saúde, pois possibilita a escuta qualificada, a identificação de vulnerabilidades, o fortalecimento de vínculos e a mediação ética diante de situações de violação de direitos. O registro adequado da jornada do paciente para os aspectos multidimensionais amplia a visibilidade das demandas sociais, qualifica o fazer profissional e fortalece a defesa dos direitos constitucionais no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, a entrevista social confirma-se como recurso técnico-operativo indispensável à instrumentalidade do Serviço Social, contribuindo para uma prática crítica, humanizada e pautada nos princípios éticos da profissão.

Palavras-chave: serviço social; saúde; direitos sociais.

ABSTRACT

The study presents reflections on the use of social interviews in the daily interventions of the Social Service of the General Hospital of Fortaleza, Ceará, Brazil. The objective was to analyze the importance of social interviews as a fundamental technique in the work of the social worker in the health field, highlighting its contribution to the qualified collection of information and the defense of the social rights of users and their families. The aim was to demonstrate how the appropriate structuring of the Social Monitoring Form

directs professional practice, in addition to promoting critical reflection on the positive and negative impacts of using this tool in social intervention. A qualitative approach was adopted, based on the experience report, which is grounded in a critical and reflective understanding of the resource's use by the team during shifts in the hospital, from Monday to Sunday, in 2024, emphasizing its relevance for understanding social expressions and the health-disease process, constructs that induce visibility of the practices developed and support professional work. The results show that the social interview constitutes a central instrument in the work of the social worker in health, as it enables qualified listening, the identification of vulnerabilities, the strengthening of bonds, and ethical mediation in situations of rights violations. The proper recording of the patient's journey for the multidimensional aspects enhances the visibility of social demands, qualifies professional practice, and strengthens the defense of constitutional rights within the scope of the Unified Health System. Thus, the social interview is confirmed as an indispensable technical-operational resource for the instrumentalization of Social Work, contributing to a critical, humanized practice guided by the ethical principles of the profession.

Keywords: social work; health; social rights.

INTRODUÇÃO

O Serviço Social paramenta suas ações por meio de diversas técnicas, que favorecem a execução de seu trabalho. Ela é fruto de um estudo metodológico, fundamentado em um arcabouço teórico que norteia toda sua instrumentalidade e esclarece as finalidades da intervenção profissional. Diante de uma realidade multifacetada, na qual o assistente social costuma atuar, há a necessidade de uma racionalidade que venha embasada em uma razão dialética, que possibilite uma visão totalizante das diversas expressões da questão social, em que seja possível superar “a aparência dos fatos e o exercício de ações pragmáticas e imediatistas para apreender a essência dos processos sociais” (1).

Há um consenso sobre a necessidade de elaborar um instrumental técnico-operativo que funcione como um recurso a ser utilizado em nossas intervenções. Neste contexto, serão inseridas informações que poderão ser acessadas por outros profissionais, o que reforça a importância da comunicação escrita, a qual está presente em quase todas as áreas de atuação. Dentre os instrumentos de coleta de informações que utilizamos para nos aproximarmos dessa realidade, está a Ficha de

Acompanhamento Social (FAS), que é uma ferramenta que nos norteia na incorporação de informações, concretizadas por meio do uso de tecnologias leves, sendo considerada uma tecnologia em saúde (2).

A aplicação inicial desse recurso dar-se-á através de uma entrevista social, aplicada à pessoa de referência ou ao usuário, durante o processo de internação e admissão deste em quaisquer das Unidades e que for encaminhado para tratamento de saúde. Trata-se de um instrumento técnico operativo do assistente social, que possibilita extrair informações da realidade social do usuário, informações da realidade socioeconômica e familiar, ajudando a identificar situações de vulnerabilidade e risco social.

Nesse sentido, a entrevista ao ser implementada, oportuniza a escuta qualificada, trazendo implicações que nos proporcionarão refletir sobre os caminhos e propostas na defesa do acesso e garantia dos direitos sociais aos usuários e sua família. De tal modo, essa atuação com amparo tecnológico leve possibilita o acolhimento através da construção de laços com os usuários e sua família com base na assistência humanizada. Ou seja, uma abordagem não estática, mas uma relação bilateral, de aspecto dinâmico e de suma importância na construção de vínculos com aqueles que mais necessitam, face à identificação das demandas sociais aparentes e não aparentes, com ênfase para a promoção do acesso aos direitos sociais de forma equânime e resolutiva (3,4,5).

Nesse ínterim, percebe-se a necessidade de apresentarmos uma análise da nossa prática interventiva através do relato de experiência, em que explicitaremos a forma como realizamos a coleta de informações que serão inseridas no instrumento técnico-operativo da entrevista social, que produz dados que são utilizados no preenchimento do instrumental desenvolvido pelos assistentes sociais, denominado ficha de acompanhamento social, mostrando a importância desse instrumento para a compreensão das atuações geradas pelas intervenções dos assistentes sociais no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Com efeito, é enfático destacar a análise e avaliação crítica dos métodos utilizados na apreensão desse conteúdo e, principalmente, como o uso da técnica da entrevista social poderá contribuir de forma positiva no cuidado.

Portanto, o objetivo central deste relato de experiência é evidenciar a importância da entrevista social como técnica fundamental no trabalho do(a) assistente social no campo da saúde. Buscou-se ainda analisar como a estruturação adequada da Ficha de Acompanhamento Social direciona a prática profissional, além de realizar

uma reflexão crítica acerca dos impactos positivos ou negativos do uso dessa ferramenta na intervenção social.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, a partir do relato de experiência de assistentes sociais, com base no fazer profissional vivenciado pelas autoras deste artigo nos diferentes turnos de trabalho: manhã, tarde e noite, de segunda a domingo. Tem como recorte a reflexão e a descrição do uso da FAS que guia a atuação do Serviço Social em um hospital terciário do Estado do Ceará. Minayo (6) aponta as metodologias qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (6).

No âmbito da saúde e, em particular, no Serviço Social, discutir qualitativamente a entrevista social é refletir com maior profundidade uma das técnicas de trabalho da profissão, que é base fundamental para analisar a realidade e história dos usuários/famílias entrelaçado com as diversas significações no processo saúde-doença. Esse conjunto de percepções e ações gera a visibilidade acerca da produção do cuidado, possibilitando a prática profissional reflexiva baseada em evidências e nos caminhos traçados para a atuação profissional do(a) assistente social no serviço (7).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro aspecto a ser compreendido na discussão é que a atuação do assistente social na divisão social e técnica do trabalho ocorre por meio de sua intervenção na questão social. Conforme elucida Yamamoto (1), o Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação, apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, cuja raiz comum reside no fato de que a produção social é cada vez mais coletiva, enquanto a apropriação de seus frutos permanece privada e monopolizada por uma parcela da sociedade.

A autora demonstra que esse contexto socioeconômico, complexo e contraditório, gera profundas desigualdades e múltiplas expressões de uma mesma questão social, vivenciada pelas pessoas em diferentes dimensões da vida: no mundo do trabalho precarizado, nas famílias em situação de pobreza marcadas por violências estruturais,

e no âmbito das políticas de assistência, educação e saúde. Em todas essas expressões, o assistente social é convocado a intervir profissionalmente e é nesse âmbito da produção e reprodução da vida social que se inscreve a atuação da profissão (1).

Assim, o Serviço Social nasce com características próprias, mas, no processo de institucionalização e definição de identidade, absorveu pressupostos de teorias cartesianas, positivistas, conservadoras e psicologizantes, até alcançar o amadurecimento intelectual contemporâneo, sustentado nos pressupostos do materialismo histórico e do método crítico-dialético. Esse referencial permite compreender como o mundo social se organiza e, assim, intervir de forma crítica e propositiva, amparado pelo conjunto normativo específico da profissão: Código de Ética, lei de regulamentação e o conceito ampliado de instrumentalidade do Serviço Social (1,4,7).

De tal modo, o trabalho do Serviço Social na saúde, mais especificamente no âmbito hospitalar, tem como a demanda de atuar na relação entre a instituição, o usuário e sua família. Cotidianamente, realizamos a entrevista social junto aos familiares, acompanhantes e/ou usuários, a depender da condição clínica deste último, de forma a conhecer com mais profundidade as suas trajetórias de vida familiar, social, comunitário dentre outras. Nesse momento, várias demandas são apresentadas para o(a) assistente social, seja no campo dos direitos, da rede socioassistencial, da rotina hospitalar, dos deveres e da interface com as demais instituições. Essa rotina de elaboração da FAS, durante a entrevista, já é entendida pela equipe multiprofissional do hospital.

É importante ressaltar que no início da profissão na área da saúde prevaleciam as teses do funcionalismo, que atribuíam os problemas vividos ao comportamento do “cliente”, acreditando que mudanças de hábitos modificariam a situação (8).

Nesse cenário, o Movimento de Reconceituação, a Constituição Federal de 1988 e as mudanças paradigmáticas em direção ao Estado Democrático de Direito, somadas às transformações no campo teórico, a atuação do Serviço Social em saúde passou a fundamentar-se na concepção ampliada de saúde, originada na Reforma Sanitária brasileira e respaldada pelos tratados e consensos técnicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), dos quais o Brasil é signatário. Essa concepção compreende a saúde como resultado das condições de vida e dos determinantes sociais, econômicos, culturais, ambientais e laborais (9).

Esse contexto fomentou a produção de vasta bibliografia que articula a concepção ampliada de saúde aos marcos legais e ao projeto ético-político da profissão, bem como às Diretrizes Curriculares para a formação em Serviço Social. Destaca-se, nesse acúmulo, a elaboração dos Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2008/2009), documento que estabelece orientações gerais articuladas ao projeto ético-político profissional e às diretrizes da Reforma Sanitária (10).

Os avanços contribuíram para a consolidação da instrumentalidade crítica da profissão, fundada na ontologia do ser social, aplicada a todas as áreas de atuação e, em especial, ao manejo técnico-operativo da entrevista social. Essa técnica permeia a história da profissão nos serviços de saúde, sendo constantemente ressignificada à luz da concepção crítica de instrumentalidade e das políticas públicas estruturadas no Estado Democrático de Direito. No âmbito do SUS, a entrevista social, conduzida com rigor técnico, escuta humanizada e postura ética, possibilita identificar determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos do adoecimento (8,9,10).

Por meio da entrevista social, é possível levantar informações sobre o perfil das famílias dos usuários: a existência (ou ausência) de suporte sociofamiliar, a inserção em redes de apoio, a cobertura por outras políticas públicas setoriais e a participação em programas de transferência de renda. Além disso, a entrevista evidencia o acesso — ou a negação — de direitos sociais, bem como situações de violência e vulnerabilidades (1).

É importante ressaltar que a entrevista social exige fundamentos teóricos consistentes e objetivos previamente definidos. O profissional deve respeitar os limites impostos pela situação abordada, evitando o registro de informações irrelevantes ou que exponham a intimidade do usuário. O tratamento dos dados deve seguir rigor ético e sigiloso, em consonância com o Código de Ética Profissional, o artigo 5º, inciso XXXI da Constituição Federal de 1988 e a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) (1).

Na experiência do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), a plataforma digital IntegraSUS, que registra atendimentos de diferentes profissionais. O assistente social dispõe de mais de 33 padronizações de registros, cada qual exigindo técnica específica e respeito ao tratamento ético das informações. O campo da FAS destina-se ao registro da entrevista social inicial, geralmente realizada com o familiar ou acompanhante do usuário na emergência. Quando a internação se prolonga, a

entrevista é aprofundada junto ao próprio usuário, a fim de analisar seu contexto socioeconômico e familiar, identificar vulnerabilidades extremas, violências ou violações de direitos que podem impactar o processo de alta hospitalar (1,2,3,4,6).

A entrevista inicial, portanto, sinaliza situações que demandam aprofundamento e subsidia decisões profissionais, como a elaboração de parecer técnico, o acionamento da rede socioassistencial ou sociojurídica e a mediação intersetorial. Esse processo, orientado pelo método crítico-dialético, envolve a articulação entre as categorias de singularidade, particularidade e universalidade (1,7,8,9,10,11,12).

Na prática, a singularidade refere-se às situações reveladas no cotidiano; a particularidade identifica suas determinações; e a universalidade conecta essas dimensões à totalidade da sociedade capitalista, permitindo compreender a essência da realidade social. Assim, a entrevista social, especialmente em um hospital terciário como o HGF, constitui um instrumento privilegiado da atuação do assistente social na defesa dos direitos fundamentais, sociais e coletivos, favorecendo o acesso às políticas públicas e, em especial, ao SUS. Além de qualificar a intervenção, os registros produzidos podem subsidiar estudos e pesquisas na área da saúde, fortalecendo a produção de conhecimento e a visibilidade das expressões da questão social (1,2,3,4).

CONCLUSÃO

A análise realizada evidencia que a entrevista social é uma técnica indispensável à prática do Serviço Social no campo da saúde. Conduzida de forma ética, crítica e humanizada, essa técnica possibilita não apenas a coleta qualificada de informações, mas também a construção de vínculos, a identificação de vulnerabilidades e a mediação de situações envolvendo violações de direitos.

A entrevista tem como princípio básico o acolhimento, entendido como uma ação tecnoassistencial que pressupõe a transformação da relação entre profissional, usuário e sua rede social, orientada por parâmetros técnicos, éticos, humanitários e solidários. Nesse processo, o usuário é reconhecido como pessoa e participante ativo na produção do cuidado em saúde.

A experiência demonstra que, no contexto hospitalar, a entrevista social assume papel central na defesa dos direitos constitucionais dos usuários e de suas famílias, ao mesmo tempo em que amplia a visibilidade das

demandas sociais junto à equipe multiprofissional. Nesse sentido, a FAS revela-se como recurso fundamental para sistematizar informações, qualificar registros e subsidiar decisões profissionais fundamentadas no rigor ético e no compromisso com a cidadania.

A FAS também cumpre a função de desvendar a realidade social, permitindo conhecer e ouvir os sujeitos em sua integralidade, considerando suas necessidades sociais e culturais, bem como suas condições de vida. Tal prática exige uma postura profissional capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas às demandas apresentadas.

Reafirma-se, portanto, que a instrumentalidade do Serviço Social, expressa por meio da entrevista social, não se limita a um procedimento técnico. Trata-se de uma prática crítica e reflexiva, inserida no projeto ético-político da profissão e alinhada às diretrizes do SUS. Dessa forma, destaca-se a necessidade de constante aprimoramento desse instrumento, de modo a garantir intervenções cada vez mais qualificadas, efetivas e capazes de responder às múltiplas expressões da questão social no campo da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Iamamoto MV. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez Editora; 2022.
2. Carnelossi BN. Robotização da proteção social: impactos e desafios à atuação profissional do assistente social. *Serv Soc Soc.* 2022;144:129-152.
3. Pacheco EM, Dias MT. A luta das mulheres por políticas sociais: avanços e retrocessos. *Serv Soc Soc.* 2023;146(1):263-283.
4. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2018 [acesso em 9 set. 2025];34(3):e00101417. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>.
5. Moraes CA, Silva LA, Araújo MM, Botelho TM, Cordeiro AP. Serviço Social e trabalho profissional em hospital. *Revista Vértices.* 2018;20(3):372-384.
6. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
7. Valentim EC, Paz FA. Serviço Social e TICs: a prática

profissional no contexto da Covid-19. Rev Katálysis. 2022;25(1):114-124.

8. Martinelli ML. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. Serv Soc Soc. 2011;(107):497-508.

9. Castilho DR, Lemos EL de S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. Rev Katálysis. 2021;24(2):269-279.

10. Soares RC, Correia MV, Santos VM dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. Serv Soc Soc. 2021;(140):118-133.

11. Dourado AL, Bidarra ZS. Estratégias para a Escuta Especializada de vítimas de violência sexual em redes intersetoriais*. Serv Soc Soc. [Internet]. 2022 [acesso em 9 set. 2025];(145):174-188. doi: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.298>.

12. Lima MS. Tecnologia e precarização da saúde do trabalhador: uma coexistência na era digital. Serv Soc Soc. 2022;(144):153-172.

Relato de experiência no fellowship do Hospital Geral de Fortaleza em fisioterapia nos distúrbios de sono

Report on experience in the physiotherapy fellowship at the Hospital Geral de Fortaleza in sleep disorders

Submetido: 04/03/2026 | Aprovado: 07/05/2026

Sara Vasconcelos de Oliveira

<https://orcid.org/0009-0006-2761-8064>

Graduada em Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Especialista em Terapia Intensiva Adulto pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), Fellowship em Fisioterapia nos Distúrbios do Sono pelo Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Teresa Maria da Silva Câmara

<https://orcid.org/0009-0002-3633-9949>

Graduada em Fisioterapeuta pela Universidade de Fortaleza (Unifor), Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela Universidade de Fortaleza (Unifor), Mestre em Ensino e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fisioterapeuta do Ambulatório de Adaptação de CPAP no Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Autor Correspondente:

Sara Vasconcelos de Oliveira
E-mail: saraoliveira@alu.ufc.br

RESUMO

Os distúrbios do sono constituem um relevante problema de saúde pública, com impacto na qualidade de vida e associação com importantes desfechos clínicos. Este estudo tem como objetivo descrever a experiência vivenciada durante um fellowship em fisioterapia aplicada aos distúrbios do sono, realizado no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir da atuação supervisionada em ambulatórios especializados, incluindo o Ambulatório do Sono e o Ambulatório de Adaptação de CPAP. As atividades envolveram triagem ambulatorial, avaliação fisioterapêutica específica, aplicação de questionários clínicos, discussão de casos com equipe multiprofissional e acompanhamento terapêutico de pacientes com distúrbios respiratórios do sono. Destacou-se a atuação no processo de adaptação e monitoramento do uso da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), com orientações individualizadas, ajustes de parâmetros e suporte para promoção da adesão ao tratamento. A experiência possibilitou o aprimoramento do raciocínio clínico, desenvolvimento de competências técnicas e fortalecimento da atuação interdisciplinar. Observou-se

que o acompanhamento longitudinal e a educação em saúde foram fundamentais para melhoria da adesão terapêutica e continuidade do cuidado. Conclui-se que programas estruturados de fellowship contribuem significativamente para a qualificação profissional e para o fortalecimento da fisioterapia na assistência a pacientes com distúrbios do sono.

Palavras-chave: distúrbios do sono; modalidades de fisioterapia; pressão positiva contínua nas vias aéreas.

ABSTRACT

Sleep disorders represent a significant public health problem, impacting quality of life and being associated with important clinical outcomes. This study aims to describe the experience gained during a fellowship in physiotherapy applied to sleep disorders, conducted at Hospital Geral de Fortaleza (HGF). It is an experience report based on supervised activities in specialized outpatient clinics, including the Sleep Outpatient Clinic and the CPAP Adaptation Clinic. Activities included outpatient screening, specific physiotherapeutic

assessment, application of clinical questionnaires, case discussions with a multidisciplinary team, and therapeutic follow-up of patients with sleep-related respiratory disorders. Special attention was given to the adaptation and monitoring process of continuous positive airway pressure (CPAP) use, including individualized guidance, parameter adjustments, and support to promote treatment adherence. The experience allowed the improvement of clinical reasoning, development of technical skills, and strengthening of interdisciplinary practice. It was observed that longitudinal follow-up and health education were essential for improving treatment adherence and continuity of care. In conclusion, structured fellowship programs significantly contribute to professional qualification and to strengthening physiotherapy in the care of patients with sleep disorders.

Keywords: sleep disorders; physical therapy modalities; continuous positive airway pressure.

INTRODUÇÃO

Os distúrbios do sono constituem um problema de saúde pública relevante, com impacto significativo na qualidade de vida, no desempenho funcional e na saúde física e mental dos indivíduos (1). Condições como a apneia obstrutiva do sono (AOS), a insônia e os distúrbios respiratórios relacionados ao sono apresentam alta prevalência e estão associadas a alterações clínicas importantes, como doenças cardiovasculares, alterações metabólicas e comprometimento cognitivo (2,3). Nesse contexto, a abordagem multiprofissional tem se mostrado fundamental para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento desses pacientes (2).

A fisioterapia especializada na atuação na área dos distúrbios do sono, atua especialmente no manejo da AOS, na reabilitação respiratória e na promoção de estratégias não farmacológicas voltadas à melhora da qualidade do sono (4). A inserção do fisioterapeuta em serviços especializados, como em hospitais terciários, possibilita uma atuação integrada, baseada em evidências e centrada no paciente (4).

O fellowship realizado no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), representou uma oportunidade de aprofundamento teórico-prático na área de fisioterapia aplicada aos distúrbios do sono, favorecendo o desenvolvimento de competências clínicas, raciocínio crítico e atuação interdisciplinar. A vivência permitiu o acompanhamento de avaliações iniciais, realização de exames diagnósticos, acompanhamento próximo ao

paciente, protocolos de atendimento individualizado, discussão de casos clínicos complexos e participação em condutas terapêuticas específicas, ampliando a compreensão sobre o papel do fisioterapeuta nesse cenário.

Relatos de experiência em programas de fellowship contribuem para a disseminação de modelos formativos inovadores, especialmente em áreas de especialização relativamente novas e ainda em consolidação, como a fisioterapia nos distúrbios do sono. A escassez de publicações que descrevam a formação prática especializada nesta área evidencia a necessidade de ampliar e compartilhar vivências que possam aperfeiçoar a qualificação profissional, estimular novas iniciativas formativas e fortalecer a inserção da fisioterapia em equipes multiprofissionais do sono.

Este trabalho tem por objetivo descrever a experiência vivenciada durante um fellowship no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) com foco na fisioterapia aplicada aos distúrbios do sono, destacando as atividades desenvolvidas, as competências adquiridas e as contribuições da formação para a prática clínica. Busca-se, ainda, refletir sobre a importância da qualificação especializada e seu impacto na assistência ao paciente com distúrbios do sono.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir das vivências em um programa de fellowship no HGF, no período de março de 2025 à fevereiro de 2026, com foco na atuação fisioterapêutica nos distúrbios do sono. As atividades foram desenvolvidas em ambientes ambulatoriais especializados pertencentes ao HGF, principalmente no Ambulatório do Sono e Ambulatório de Adaptação de CPAP, inserido em equipe multiprofissional e uniprofissional. O presente estudo teve dispensa de submissão ao Comitê Ético em Pesquisa (CEP), por não envolver coletas de dados ou identificações de sujeitos atendidos.

O percurso formativo envolveu acompanhamento supervisionado nas etapas de avaliação inicial, indicação de exames diagnósticos e seguimento terapêutico de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de distúrbios do sono. Inicialmente, as atividades concentraram-se na observação e participação ativa na triagem ambulatorial, no qual era o primeiro contato com o paciente, incluindo anamnese direcionada ao sono, identificação de sinais e sintomas sugestivos de

distúrbios respiratórios, aplicação de instrumentos clínicos padronizados como questionários e escalas, e direcionamento para um tratamento mais adequado.

Na etapa de avaliação inicial, foram realizadas avaliações fisioterapêuticas específicas, contemplando a queixa principal do paciente, o exame físico respiratório, a análise de padrão ventilatório, a aplicação de questionários específicos, a avaliação funcional e a investigação de fatores contribuintes para distúrbios respiratórios do sono. Quando indicado, participação da discussão clínica com equipe médica e da orientação quanto à realização de exames complementares, com destaque para a Polissonografia, reconhecida como padrão-ouro diagnóstico e estratificação da gravidade (5).

No âmbito terapêutico, a atuação concentrou-se no atendimento fisioterapêutico no Ambulatório de Adaptação de CPAP, para pacientes com indicação de tratamento com uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) (4). As atividades incluíram orientação quanto ao uso adequado do dispositivo, escolha de interface ideal, ajuste inicial de parâmetros, acompanhamento da adaptação ao tratamento, monitoramento de adesão e indicativos de eficácia e manejo de possíveis intercorrências relacionadas ao uso da terapia (6,7).

O acompanhamento longitudinal dos pacientes em tratamento constitui parte fundamental da experiência, permitindo o monitoramento da evolução clínica, a adesão terapêutica, a resolução de sintomas e a necessidade de adequação de condutas. As atividades foram desenvolvidas sob supervisão de profissionais experientes que compõem a equipe do HGF, com discussão de casos clínicos, produção de aulas para equipe de fisioterapeutas e integração com a equipe multiprofissional do Ambulatório do Sono.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vivência no fellowship possibilitou a complementação e consolidação de competências clínicas específicas na área da fisioterapia aplicada aos distúrbios do sono, especialmente no contexto ambulatorial/hospitalar. A participação ativa na triagem e avaliação inicial dos pacientes contribuiu para o aprimoramento do raciocínio clínico direcionado à identificação de sinais e sintomas sugestivos de distúrbios respiratórios durante o sono, com maior segurança na classificação de risco e na indicação de exames e instrumentos diagnósticos (2).

Observou-se que a inserção do fisioterapeuta na etapa inicial do cuidado favorece uma abordagem mais abrangente e sistematizada, permitindo identificar precocemente alterações respiratórias, padrões ventilatórios disfuncionais, fatores anatômicos ou comportamentais associados e o impacto dos distúrbios na qualidade de vida dos pacientes. Essa atuação fortalece o papel do fisioterapeuta não apenas na reabilitação e tratamento, mas também no processo diagnóstico e na organização do fluxo assistencial.

No acompanhamento terapêutico de pacientes em uso CPAP, foram realizados aproximadamente 20 atendimentos por semana, com perfis diversos de paciente, mas nota-se que a grande maioria tratou-se de idoso, obesos com distúrbio de apneia obstrutiva e paciente com alterações neurológicas de base. A experiência evidenciou a importância da atuação fisioterapêutica na adaptação ao dispositivo e na adesão ao tratamento, foram identificadas, por relatos de pacientes acompanhados neste período, como principais desafios o desconforto com a interface, as queixas relacionadas à pressão aplicada e as dificuldades na rotina de uso (8). A intervenção fisioterapêutica individualizada, com orientações, ajustes e monitoramento sistemático, mostrou-se fundamental para minimizar barreiras e aumentar a adesão terapêutica, sendo observadas melhorias relatadas após em média o terceiro atendimento (6,7).

O acompanhamento longitudinal permitiu compreender que a adesão ao CPAP não depende exclusivamente da prescrição do tratamento, mas envolve educação em saúde, escuta qualificada e suporte contínuo. A atuação próxima ao paciente favoreceu maior vínculo terapêutico, esclarecimento de dúvidas e resolução precoce de intercorrências, impactando positivamente na continuidade do tratamento (6,8).

Do ponto de vista formativo, o fellowship ampliou a compreensão sobre a complexidade dos distúrbios do sono e reforçou a importância da atuação multiprofissional. A integração com outros profissionais possibilitou aumento de conhecimento sobre a área de estudos do sono, discussões clínicas mais qualificadas e visão ampliada do cuidado, fortalecendo a prática baseada em evidências e centrada no paciente.

Adicionalmente, a experiência evidenciou a necessidade de maior investimento na formação específica em sono durante a graduação e pós-graduação em fisioterapia, considerando que essa ainda é uma área nova e em expansão. A vivência prática estruturada demonstrou ser um diferencial na consolidação de competências técnicas, comunicacionais e interdisciplinares.

Assim, os resultados desta experiência apontam que programas de fellowship na área de fisioterapia aplicada aos distúrbios do sono contribuem significativamente para a qualificação profissional, para o fortalecimento da atuação do fisioterapeuta na equipe multiprofissional e para a melhoria do cuidado prestado aos pacientes.

CONCLUSÃO

A experiência vivenciada no fellowship evidenciou a relevância da formação especializada para a qualificação da prática clínica e fortalecimento da atuação do fisioterapeuta em equipes multiprofissionais em atendimentos aos pacientes com distúrbios do sono. A inserção ativa nas etapas de anamnese, avaliação diagnóstica, indicação de exames complementares e acompanhamento terapêutico, especialmente no manejo de pacientes em uso de CPAP, possibilitou o desenvolvimento de competências técnicas, raciocínio clínico aprimorado e maior segurança na tomada de decisões. O acompanhamento longitudinal dos pacientes destacou a importância da educação em saúde, da escuta qualificada e do suporte contínuo para promoção da adesão terapêutica.

Como limitação da vivência, foi possível notar a pouca visibilidade da importância desta área de atuação para alguns profissionais, principalmente da categoria médica, sendo um processo já em andamento para fortalecer a presença da atuação fisioterapêutica no atendimento dos pacientes com distúrbios do sono, principalmente, no âmbito de manejo com o tratamento com o CPAP. Ao mesmo tempo, nota-se um crescimento em estudos e evidências práticas da Fisioterapia do Sono, que auxiliam e dão mais suporte ao enfrentar essas limitações.

Além de contribuir para o aprimoramento individual, a experiência demonstrou que programas estruturados de fellowship representam importante estratégia de capacitação em uma área ainda em consolidação na fisioterapia. A divulgação dessa vivência pode incentivar a implementação de novas iniciativas formativas e fortalecer a inserção da fisioterapia nos serviços especializados em sono.

Assim, conclui-se que a formação prática supervisionada em Fisioterapia do Sono no ambiente hospitalar amplia competências clínicas, promove integração multidisciplinar e contribui para a melhoria da assistência prestada aos pacientes com distúrbios do sono.

REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine (US). Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem. Washington: National Academies Press; 2006.
2. Jordan AS, McSharry DG, Malhotra A. Adult obstructive sleep apnoea. *Lancet*. 2014;383(9918):736-747.
3. Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agusti AGN. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet*. 2005;365(9464):1046-1053.
4. Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ Jr, Friedman N, Malhotra A, Patil SP, et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med*. 2009;5(3):263-276.
5. Berry RB, Brooks R, Gamaldo CE, Harding SM, Marcus CL, Vaughn BV, et al. The AASM manual for the scoring of sleep and associated events. Darien: American Academy of Sleep Medicine; 2012.
6. Weaver TE, Grunstein RR. Adherence to continuous positive airway pressure therapy. *Proc Am Thorac Soc*. 2008;5(2):173-178.
7. Randerath W, Verbraecken J, Andreas S, Bettge G, Boudewyns A, Hamans E, et al. Non-CPAP therapies in obstructive sleep apnoea. *Eur Respir J*. 2011;37(5):1000-1028.
8. Sawyer AM, Gooneratne NS, Marcus CL, Ofer D, Richards KC, Weaver TE. A systematic review of CPAP adherence across age groups. *Sleep Med Rev*. 2011;15(6):343-356.

MEMÓRIA E LEGADO



José Moreira Lima

(1931-2025)

No dia 15 de dezembro de 2025, faleceu o médico e ex-diretor-geral do HGF, José Moreira Lima. Sua partida foi sentida não só pela comunidade médica, mas também por toda a sociedade. O jornal Folha de S. Paulo, em obituário dedicado ao profissional, chamou-o de “Papa da Hérnia” por conta de seu talento no tratamento da condição e destacou sua carreira acadêmica e profissional, bem como deu detalhes sobre a sua chegada a Fortaleza - Dr. Moreira era natural de Lavras da Mangabeira - e sua relação com a Medicina.

De fato, seu currículo era tão extenso quanto seu trabalho. Foi professor do Departamento de Cirurgia da Universidade do Ceará (UFC) por 47 anos. Era membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), tendo exercido diversas funções na entidade desde os anos 1970. Ajudou a fundar o curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (Uece). Dirigiu o HGF de 1988 a 1990, tendo ele composto a primeira equipe de cirurgiões na ocasião da inauguração do hospital, em 1969.

O legado do Dr. Moreira não se encontra somente na galeria de diretores do HGF: está em cada profissional coordenado ou ensinado por ele e em cada paciente que foi curado por suas mãos.



HOSPITAL
GERAL DE
FORTALEZA



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE