

LIVRO

SABERES E CUIDADOS

INTERDISCIPLINARES:

PERCEPÇÕES, PROBLEMÁTICAS
E DESFECHOS

ORGANIZADORES

Helenitta Melo da Silva Alves

Flaviana Ferreira Gomes

Helicleide Guimarães Barreto de Alexandria

Márcia Gabriela de Almeida Luiz

Tânia Pinto Fiuza

Márcia Aparecida Silva Araújo

Lucimara de Fátima de Melo Menhõ

Janaína Porfírio de Lima Vasconcelos

André Luiz Gonzaga

Vanessa Carrara

Andrea Cordeiro da Silva

Cristiane Maria de Queiroz



Periodicos
EDITORA ACADÊMICA

LIVRO

SABERES E CUIDADOS

INTERDISCIPLINARES:

PERCEPÇÕES, PROBLEMÁTICAS
E DESFECHOS

ORGANIZADORES

Helenitta Melo da Silva Alves

Flaviana Ferreira Gomes

Helicleide Guimarães Barreto de Alexandria

Márcia Gabriela de Almeida Luiz

Tânia Pinto Fiuza

Márcia Aparecida Silva Araújo

Lucimara de Fátima de Melo Menhõ

Janaína Porfírio de Lima Vasconcelos

André Luiz Gonzaga

Vanessa Carrara

Andrea Cordeiro da Silva

Cristiane Maria de Queiroz



Periodicals
Publications

Conselho Editorial

Abas Rezaey

Izabel Ferreira de Miranda

Ana Maria Brandão

Leides Barroso Azevedo Moura

Fernado Ribeiro Bessa

Luiz Fernando Bessa

Filipe Lins dos Santos

Manuel Carlos Silva

Flor de María Sánchez Aguirre

Renísia Cristina Garcia Filice

Isabel Menacho Vargas

Rosana Boullosa

Projeto Gráfico, editoração, capa
Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma
Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Saberes e cuidados interdisciplinares [livro eletrônico] : percepções, problemáticas e desfechos / Erivar Moisés de Lima Júnior...[et al.]. -- João Pessoa, PB : Periodicojs, 2026.
PDF

Outros autores: Allan Victor Assis Eloy, Alessandra Costa Miguel, Fabrícia Mayara Galvão Rafael Medeiros.

Vários organizadores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-6010-233-0

1. Cuidados de enfermagem 2. Enfermagem - Cuidados 3. Interdisciplinaridade na saúde 4. Medicina e saúde I. Júnior, Erivar Moisés de Lima. II. Eloy, Allan Victor Assis. III. Miguel, Alessandra Costa. IV. Medeiros, Fabrícia Mayara Galvão Rafael.

CDD-610.73

NLM-WY-100

26-384401.0

Índices para catálogo sistemático:

1. Enfermagem : Ciências médicas 610.73

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415



Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil
website: www.periodicojs.com.br
instagram: [@periodicojs](https://www.instagram.com/periodicojs)

Prefácio



A coleção de ebooks intitulada de Estudos Avançados em Saúde e Natureza tem como propósito primordial a divulgação e publicação de trabalhos de qualidade nas áreas das ciências da saúde, exatas, naturias e biológicas que são avaliados no sistema duplo cego.

Foi pensando nisso que a coleção de ebooks destinou uma seção específica para dar ênfase e divulgação a trabalhos de professores, alunos, pesquisadores e estudiosos das áreas das ciências da saúde. O objetivo dessa seção é unir o debate interdisciplinar com temas e debates específicos da área mencionada. Desse modo, em tempos que a produção científica requer cada vez mais qualidade e amplitude de abertura para diversos leitores se apropriarem dos estudos acadêmicos, criamos essa seção com o objetivo de metodologicamente democratizar o estudo, pesquisa e

ensino na área da ciências da saúde.

Saberes e Cuidados Interdisciplinares: Percepções, Problemáticas e Desfechos reúne reflexões e experiências que evidenciam a importância da integração entre diferentes áreas do conhecimento na construção de um cuidado mais humano, seguro e resolutivo. A obra percorre temas como saúde mental da pessoa idosa, educação em saúde para crianças e adolescentes e segurança do paciente no contexto cirúrgico. Ao articular diferentes perspectivas profissionais, o livro destaca a interdisciplinaridade como caminho para compreender a complexidade do processo saúde-doença e fortalecer práticas centradas nas necessidades das pessoas. Uma leitura voltada a estudantes, pesquisadores, docentes e profissionais que buscam ampliar seus saberes e qualificar as práticas de cuidado em saúde.

Filipe Lins dos Santos

Editor Sênior da Editora Acadêmica Periodicojs

Organizadores



Helenitta Melo da Silva Alves. Mestranda do Programa de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador/Universidade Federal de Uberlândia. Graduada em Enfermagem pela UNIPAC. Pós-graduada em UTI e Urgência e Emergência pela UNIASSELVI e Instituto Passo 1 de Ensino.

Flaviana Ferreira Gomes. Bióloga e Mestre em Ciências da Saúde.

Helicleide Guimarães Barreto de Alexandria. Enfermeira, especialista em Centro Cirúrgico, Instrumentação Cirúrgica e Central de Material e Esterilização, especialista em Política e Gestão Universitária.

Márcia Gabriela de Almeida Luiz. Enfermeira, especialista em UTI com Ênfase em Urgência e Emergência

e em Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Material.

Tânia Pinto Fiuza. Técnica de enfermagem, Especialização em tecnóloga em gerontologia - cuidado ao idoso, Especialização em enfermagem em centro cirúrgico e central de material, pós técnico COFEN/UFPB - enfermagem em centro cirúrgico/instrumentação cirúrgica.

Márcia Aparecida Silva Araújo. Enfermeira, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

Lucimara de Fátima de Melo Menhô. Técnica de enfermagem, Graduada em Educação Física- Licenciatura Plena, Pós-graduada em Auditoria em Sistemas de Saúde.

Janaína Porfírio de Lima Vasconcelos. Enfermeira, Especialista em Instrumentação cirúrgica, centro cirúrgico e central de material e esterilização.

André Luiz Gonzaga. Licenciatura em Matemática.
Especialista em AEE - Atendimento Educacional
Especializado.

Vanessa Carrara. Enfermeira especialista em UTI com
ênfase em urgência e emergência, esteticista, docência no
ensino superior.

Andrea Cordeiro da Silva. Especialista em Obstetrícia.

Cristiane Maria de Queiroz. Enfermeira especialista
em home care e mestrado em saúde ambiental e saúde do
trabalhador.

Autores



Erivar Moisés de Lima Júnior. Médico. Residente em Psiquiatria.

Allan Victor Assis Eloy. Enfermeiro, especialista em geriatria e gerontologia, especialista em cuidados paliativos.

Alexsandra Costa Miguel. Graduada em enfermagem. Especialização em enfermagem do trabalho e em auditoria de sistemas em saúde.

Fabricia Mayara Galvão Rafael Medeiros. Estudante de enfermagem, na instituição Anhanguera.

Sumário

INTRODUÇÃO

11

Capítulo 1

CUIDADO INTERDISCIPLINAR A SAÚDE
MENTAL DA PESSOA IDOSA: METODOLOGIAS E
ESTRATÉGIAS

18

Capítulo 2

EDUCAÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR PARA CRIANÇAS
E ADOLESCENTES: CUIDADO INTEGRADO

47

Capítulo 3

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA
COMO ESTRATÉGIA PARA A SEGURANÇA DO
PACIENTE CIRÚRGICO: FUNDAMENTOS, DESAFIOS
E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

78

INTRODUÇÃO



Os desafios contemporâneos impostos aos sistemas de saúde evidenciam que o cuidado não pode mais ser compreendido como resultado exclusivo da atuação isolada de uma profissão ou da aplicação de intervenções centradas apenas na dimensão biológica do processo saúde-doença. O aumento das condições crônicas, o envelhecimento populacional, as mudanças no perfil epidemiológico, as desigualdades sociais e a crescente complexidade das necessidades dos indivíduos e das comunidades exigem modelos assistenciais capazes de integrar diferentes saberes, práticas e formas de cuidado. Nesse cenário, a interdisciplinaridade deixa de representar apenas uma estratégia organizacional dos serviços e passa a constituir um princípio fundamental para a produção de uma assistência mais resolutiva, humanizada e centrada nas pessoas (Grosso, 2025; Olowomeye, 2025).

A construção do cuidado interdisciplinar pressupõe o reconhecimento de que nenhum campo do conhecimento é capaz de responder, isoladamente, à multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais que

influenciam a saúde. Dessa forma, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, educadores e diversos outros profissionais passam a compartilhar responsabilidades, articulando competências específicas em torno de objetivos comuns voltados às necessidades dos usuários. Essa lógica colaborativa favorece a construção de planos terapêuticos mais abrangentes, fortalece a continuidade do cuidado e amplia a capacidade dos serviços em responder às demandas de saúde de maneira integrada (Grosso, 2025; Kongkar et al., 2025).

As evidências científicas mais recentes demonstram que equipes interdisciplinares apresentam potencial para melhorar diferentes indicadores assistenciais, incluindo adesão ao tratamento, autocuidado, satisfação dos usuários, compartilhamento das decisões clínicas, desempenho profissional e utilização mais eficiente dos recursos em saúde (Kongkar et al., 2025). Além dos benefícios clínicos, esses modelos favorecem uma compreensão ampliada da experiência do adoecimento, permitindo que

aspectos emocionais, familiares, culturais e sociais sejam incorporados às decisões terapêuticas. Essa perspectiva rompe com modelos fragmentados de atenção e fortalece abordagens centradas na pessoa, nas quais o paciente deixa de ocupar uma posição passiva para assumir papel ativo na construção do próprio cuidado (Olowomeye, 2025).

Entretanto, a efetivação da interdisciplinaridade permanece como um desafio importante para os serviços de saúde. Barreiras relacionadas à comunicação entre profissionais, delimitação rígida de papéis, ausência de espaços coletivos para planejamento das ações, dificuldades na coordenação do cuidado e limitações estruturais dos sistemas de saúde ainda comprometem a consolidação de práticas verdadeiramente integradas (Grosso, 2025). Soma-se a isso a necessidade de incorporar estratégias que valorizem a comunicação terapêutica, a tomada de decisão compartilhada e o reconhecimento das singularidades culturais e sociais de cada indivíduo, elementos considerados fundamentais para qualificar os processos assistenciais e promover melhores desfechos em saúde (Grosso, 2025;

Olowomeye, 2025).

Essa compreensão torna-se ainda mais relevante quando se analisam grupos populacionais que demandam cuidados contínuos e altamente complexos. Entre eles destacam-se as pessoas idosas, cuja atenção à saúde mental exige intervenções articuladas entre diferentes áreas do conhecimento, considerando não apenas os aspectos clínicos, mas também fatores relacionados ao envelhecimento, à funcionalidade, às redes de apoio, à autonomia e à qualidade de vida. Da mesma forma, crianças e adolescentes constituem um público cuja promoção da saúde depende da integração entre os setores da saúde e da educação, especialmente por meio de estratégias de educação em saúde capazes de favorecer o desenvolvimento de hábitos saudáveis, o fortalecimento da autonomia e a prevenção de agravos ao longo do curso de vida.

É nesse contexto que se insere a presente obra, Saberes e Cuidados Interdisciplinares: percepções, problemáticas e desfechos, concebida como um espaço de reflexão sobre a construção de práticas colaborativas em

saúde e sobre os desafios enfrentados na implementação de modelos de cuidado integrados. Mais do que apresentar experiências isoladas, o livro busca discutir diferentes dimensões da interdisciplinaridade, evidenciando como a articulação entre saberes pode contribuir para respostas mais qualificadas às necessidades da população, fortalecendo a integralidade da atenção e a produção de cuidados mais humanizados.

O primeiro capítulo, “Cuidado interdisciplinar à saúde mental da pessoa idosa: metodologias e estratégias”, discute os principais referenciais, abordagens e tecnologias utilizadas no cuidado à saúde mental da população idosa, enfatizando o papel das equipes interdisciplinares na identificação precoce de vulnerabilidades, na elaboração de planos terapêuticos compartilhados e na promoção do envelhecimento saudável. O segundo capítulo, “Educação em saúde escolar para crianças e adolescentes: cuidado integrado”, aborda a escola como espaço estratégico para o desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde, destacando metodologias educativas que fortalecem

o protagonismo de crianças e adolescentes e aproximam os campos da educação e da saúde na construção de ambientes mais saudáveis.

Ao reunir diferentes perspectivas sobre o cuidado interdisciplinar, esta obra pretende contribuir para a formação crítica de estudantes, pesquisadores, docentes e profissionais da saúde, estimulando reflexões acerca da importância do trabalho colaborativo, da comunicação entre equipes e da centralidade do usuário na organização das práticas assistenciais. Espera-se, assim, que os capítulos aqui apresentados inspirem novas formas de pensar e produzir cuidado, fortalecendo uma atenção à saúde comprometida com a integralidade, a equidade, a humanização e a transformação das realidades sociais.

Capítulo 1

CUIDADO INTERDISCIPLINAR A SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA: METODOLOGIAS E ESTRATÉGIAS



CUIDADO INTERDISCIPLINAR A SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA: METODOLOGIAS E ESTRATÉGIAS

Helenitta Melo da Silva Alves¹

Erivar Moisés de Lima Júnior²

Dayana Carla da Silva Silveira Nogueira³

Márcia Gabriela de Almeida Luiz⁴

Cybelle Cristina Cavalcante Lucena⁵

Flaviana Ferreira Gomes⁶

Tânia Pinto Fiuza⁷

1 Mestranda do Programa de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador/Universidade Federal de Uberlândia. Graduada em Enfermagem pela UNIPAC. Pós-graduada em UTI e Urgência e Emergência pela UNIASSELVI e Instituto Passo 1 de Ensino.

2 Médico. Residente em Psiquiatria.

3 Enfermeira pós-graduação em Gestão em Saúde Pública.

4 Enfermeira, especialista em UTI com Ênfase em Urgência e Emergência e em Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Material.

5 Mestre em Gerontologia pela UFPB

6 Bióloga e Mestre em Ciências da Saúde.

7 Técnica de enfermagem, Especialização em tecnologia em gerontologia - cuidado ao idoso, Especialização em

Márcia Aparecida Silva Araújo⁸

Lucimara de Fátima de Melo Menhôn⁹

Vanessa Carrara¹⁰

O envelhecimento populacional constitui uma das transformações demográficas mais expressivas do século XXI e representa um dos principais desafios para os sistemas de saúde em âmbito mundial. O aumento da expectativa de vida, associado à redução das taxas de fecundidade, tem ampliado significativamente o contingente de pessoas idosas, impondo novas demandas assistenciais relacionadas ao manejo de condições crônicas, à multimorbidade, às limitações funcionais e, especialmente, aos agravos que

enfermagem em centro cirúrgico e central de material, pós técnico COFEN/UFPB - enfermagem em centro cirúrgico/instrumentação cirúrgica.

8 Enfermeira, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

9 Técnica de enfermagem, Graduada em Educação Física- Licenciatura Plena, Pós-graduada em Auditoria em Sistemas de Saúde.

10 Enfermeira especialista em UTI com ênfase em urgência e emergência, esteticista, docência no ensino superior

comprometem a saúde mental. Esse cenário exige uma reorganização dos modelos tradicionais de atenção à saúde, historicamente estruturados em práticas fragmentadas e centradas na doença, para abordagens capazes de reconhecer a complexidade biopsicossocial que caracteriza o processo de envelhecimento (Horgan et al., 2024; Tops et al., 2024).

A saúde mental da pessoa idosa ultrapassa a ausência de transtornos psiquiátricos, compreendendo um estado dinâmico de bem-estar que envolve autonomia, capacidade funcional, participação social, manutenção de vínculos afetivos, adaptação às mudanças inerentes ao envelhecimento e preservação da qualidade de vida. Entretanto, fatores como isolamento social, perdas familiares, fragilidade física, dependência funcional, doenças crônicas, declínio cognitivo e desigualdades socioeconômicas tornam esse grupo particularmente vulnerável ao desenvolvimento de sintomas depressivos, ansiedade, sofrimento psicológico e outras condições que comprometem o envelhecimento saudável. Além disso, muitos desses agravos permanecem subdiagnosticados ou

são interpretados como consequências naturais da idade, retardando intervenções oportunas e agravando seus impactos sobre a funcionalidade e o bem-estar (Lee, 2025; Horgan et al., 2024).

Nesse contexto, cresce o reconhecimento de que os modelos convencionais de atenção, organizados a partir da atuação isolada das diferentes categorias profissionais, mostram-se insuficientes para responder às necessidades multifacetadas da população idosa. A coexistência de doenças físicas, alterações emocionais, demandas sociais e necessidades relacionadas ao contexto familiar exige processos assistenciais capazes de integrar conhecimentos, experiências e competências provenientes de diferentes áreas da saúde. A interdisciplinaridade passa, assim, a constituir um elemento estruturante da assistência contemporânea, favorecendo a construção de planos terapêuticos compartilhados, a comunicação entre profissionais, a tomada de decisão centrada na pessoa e a continuidade do cuidado ao longo do tempo (Kongkar et al., 2025; Grosso, 2025).

Mais do que reunir diferentes profissionais em um mesmo serviço, o cuidado interdisciplinar pressupõe colaboração efetiva, compartilhamento de responsabilidades e construção coletiva das decisões clínicas. Essa perspectiva amplia a compreensão do indivíduo para além do diagnóstico biomédico, incorporando aspectos psicológicos, familiares, culturais, ambientais e sociais que influenciam diretamente os processos de adoecimento e recuperação. Estudos recentes demonstram que equipes interdisciplinares apresentam potencial para melhorar a adesão ao tratamento, fortalecer o autocuidado, reduzir hospitalizações evitáveis, favorecer a satisfação dos usuários e otimizar a utilização dos recursos em saúde, especialmente entre pessoas idosas que convivem com múltiplas condições crônicas (Kongkar et al., 2025; Olowomeye, 2025).

No campo específico da saúde mental, a interdisciplinaridade assume papel ainda mais estratégico, uma vez que fatores emocionais, cognitivos, funcionais e sociais encontram-se profundamente inter-relacionados. O enfrentamento da depressão, da ansiedade, dos transtornos

neurocognitivos e do sofrimento psíquico associado ao envelhecimento demanda intervenções que ultrapassem o tratamento medicamentoso, incorporando ações educativas, apoio psicossocial, fortalecimento das redes de suporte, participação familiar, promoção da autonomia e acompanhamento longitudinal. Evidências recentes indicam que modelos colaborativos de cuidado, fundamentados na atuação integrada entre profissionais da saúde, favorecem intervenções mais abrangentes, centradas na pessoa e alinhadas às necessidades individuais de cada idoso (Tops et al., 2024; Lee, 2025).

Outro aspecto amplamente discutido na literatura refere-se à necessidade de fortalecer o cuidado centrado na pessoa idosa. Essa abordagem reconhece que valores, preferências, expectativas e objetivos individuais devem orientar as decisões terapêuticas, promovendo relações mais humanizadas entre profissionais, usuários e familiares. Nesse sentido, a comunicação efetiva, a construção do vínculo terapêutico, o respeito à autonomia e a participação ativa do idoso no planejamento do cuidado tornam-se

componentes essenciais para qualificar a assistência e favorecer melhores resultados clínicos e psicossociais (Shaban et al., 2024; Grosso, 2025).

Diante desse panorama, torna-se imprescindível compreender as diferentes metodologias e estratégias que vêm sendo propostas para fortalecer o cuidado interdisciplinar direcionado à saúde mental da pessoa idosa. A incorporação de modelos colaborativos, tecnologias organizacionais, estratégias de coordenação do cuidado e abordagens centradas na pessoa representa uma oportunidade para qualificar a assistência, promover o envelhecimento saudável e responder de forma mais efetiva às demandas crescentes dessa população. Assim, este capítulo tem como objetivo discutir os fundamentos do cuidado interdisciplinar em saúde mental da pessoa idosa, analisando metodologias, estratégias assistenciais, desafios para sua implementação e perspectivas para a consolidação de práticas integradas nos diferentes níveis de atenção à saúde.

O cuidado interdisciplinar como paradigma na atenção à saúde mental da pessoa idosa

As transformações demográficas observadas nas últimas décadas têm impulsionado mudanças significativas na organização dos sistemas de saúde, especialmente diante do aumento da população idosa e da maior prevalência de doenças crônicas, transtornos mentais e condições de multimorbidade. Nesse contexto, o modelo biomédico tradicional, centrado na doença e na atuação isolada dos profissionais, tem demonstrado limitações para responder às necessidades complexas apresentadas pelos idosos. Essa realidade reforça a necessidade de adoção de modelos assistenciais fundamentados na interdisciplinaridade, capazes de integrar diferentes saberes e construir respostas mais abrangentes, contínuas e centradas na pessoa (Kongkar et al., 2025; Grosso, 2025).

A interdisciplinaridade em saúde não corresponde apenas à reunião de diferentes categorias profissionais em um mesmo serviço, mas pressupõe um processo permanente

de comunicação, cooperação e compartilhamento de responsabilidades. Trata-se de uma prática que rompe com a fragmentação da assistência ao promover a integração entre diferentes perspectivas profissionais na construção de objetivos terapêuticos comuns. Nesse modelo, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais deixam de atuar de forma paralela para desenvolver intervenções articuladas, fundamentadas em planejamento conjunto e tomada de decisão compartilhada, considerando simultaneamente as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais do processo saúde-doença (Olowomeye, 2025; Grosso, 2025).

Essa mudança de paradigma torna-se particularmente relevante no cuidado à pessoa idosa. Diferentemente de populações mais jovens, os idosos frequentemente apresentam múltiplas doenças crônicas coexistentes, alterações cognitivas, limitações funcionais, uso simultâneo de diversos medicamentos, fragilidade física e demandas psicossociais complexas. Além

disso, fatores como isolamento social, perdas afetivas, dificuldades econômicas, dependência familiar e redução da participação comunitária exercem influência direta sobre a saúde mental, tornando insuficiente qualquer intervenção baseada exclusivamente em tratamentos farmacológicos ou em abordagens clínicas isoladas (Tops et al., 2024; Horgan et al., 2024).

Nesse cenário, o cuidado interdisciplinar amplia o foco assistencial ao reconhecer que os determinantes da saúde mental extrapolam os limites da doença psiquiátrica. A promoção do bem-estar psicológico depende também da preservação da funcionalidade, da manutenção dos vínculos familiares e comunitários, da segurança financeira, das condições de moradia, da autonomia para realização das atividades cotidianas e do acesso oportuno aos serviços de saúde. Essa perspectiva aproxima-se do conceito de envelhecimento saudável defendido pela Organização Mundial da Saúde, segundo o qual a funcionalidade resulta da interação entre as capacidades individuais e os contextos físico, social e ambiental em que o idoso está inserido

(Horgan et al., 2024).

A literatura recente demonstra que a adoção de equipes interdisciplinares está associada a melhorias consistentes em diferentes desfechos assistenciais. Revisão sistemática conduzida por Kongkar et al. (2025) identificou impactos positivos em três dimensões complementares. No nível do paciente, observaram-se avanços no autocuidado, na capacidade de autogerenciamento das doenças e na melhora dos indicadores clínicos. No nível interpessoal, destacaram-se o fortalecimento do desempenho das equipes e a ampliação dos processos de decisão compartilhada entre profissionais e usuários. Já no nível organizacional, verificou-se utilização mais eficiente dos serviços de saúde, com potencial redução de hospitalizações e otimização dos recursos disponíveis. Esses achados evidenciam que os benefícios da interdisciplinaridade ultrapassam os resultados individuais, repercutindo também sobre a organização e a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Kongkar et al., 2025).

Outro aspecto amplamente destacado refere-se

à centralidade do cuidado orientado pelas necessidades do próprio idoso. Em investigação qualitativa realizada com enfermeiros atuantes em ambulatorios geriátricos, Shaban et al. (2024) observaram que o estabelecimento de relações terapêuticas baseadas na confiança, no respeito às preferências individuais e na comunicação efetiva constitui elemento essencial para implementação do cuidado centrado na pessoa. Os profissionais relataram que compreender a história de vida, os valores, as expectativas e os objetivos do idoso permite adaptar intervenções às suas reais necessidades, favorecendo maior adesão ao tratamento, satisfação com o cuidado e fortalecimento do vínculo entre equipe, paciente e família. Entretanto, os autores também identificaram desafios importantes, como limitações de recursos humanos, elevada demanda assistencial, necessidade de atualização profissional contínua e desgaste emocional das equipes, fatores que podem comprometer a qualidade da assistência quando não adequadamente enfrentados (Shaban et al., 2024).

Sob outra perspectiva, Grosso (2025) argumenta

que a interdisciplinaridade somente alcança seu potencial quando acompanhada por processos efetivos de comunicação entre os profissionais e entre estes e os pacientes. Segundo a autora, falhas comunicacionais favorecem interpretações divergentes, perda de informações clínicas relevantes, fragmentação das condutas e enfraquecimento da relação terapêutica. Em contrapartida, estratégias que estimulam escuta qualificada, linguagem acessível, compartilhamento de informações e participação ativa dos usuários fortalecem a tomada de decisão compartilhada e contribuem para uma assistência verdadeiramente centrada na pessoa. Dessa forma, a comunicação deixa de representar apenas uma habilidade interpessoal e passa a constituir um componente estrutural da qualidade assistencial (Grosso, 2025).

A interdisciplinaridade também favorece respostas mais qualificadas diante da coexistência entre transtornos mentais e doenças físicas, situação extremamente frequente entre idosos. A revisão de escopo desenvolvida por Tops et al. (2024) demonstra que modelos integrados de cuidado apresentam como características

centrais a avaliação multidimensional, o planejamento terapêutico individualizado, a coordenação contínua do cuidado, o acompanhamento longitudinal e a atuação de equipes multiprofissionais. Esses componentes permitem que sintomas depressivos, comprometimento funcional, condições clínicas e fatores sociais sejam abordados simultaneamente, reduzindo a fragmentação da assistência e ampliando a efetividade das intervenções propostas.

Assim, o cuidado interdisciplinar consolida-se como um paradigma indispensável para a atenção à saúde mental da pessoa idosa, não apenas pela integração entre diferentes profissões, mas pela capacidade de reorganizar a assistência a partir das necessidades reais dos indivíduos, valorizando a integralidade, a continuidade do cuidado, a corresponsabilização entre profissionais e a participação ativa dos idosos e de suas famílias na construção dos projetos terapêuticos. Esse modelo representa um avanço importante na busca por sistemas de saúde mais resolutivos, humanizados e preparados para enfrentar os desafios impostos pelo envelhecimento populacional.

Modelos colaborativos e integrados de cuidado em saúde mental da pessoa idosa

O reconhecimento da natureza multifatorial dos transtornos mentais na velhice tem impulsionado o desenvolvimento de modelos assistenciais que superam a lógica fragmentada tradicional e priorizam a integração entre profissionais, serviços e níveis de atenção. Esses modelos colaborativos fundamentam-se na compreensão de que as necessidades da pessoa idosa são dinâmicas e influenciadas por fatores biológicos, psicológicos, sociais, familiares e ambientais, exigindo intervenções coordenadas e longitudinalmente organizadas. Dessa forma, o cuidado interdisciplinar deixa de representar apenas uma estratégia de organização do trabalho para constituir um componente essencial da qualidade assistencial, especialmente no contexto da saúde mental (Tops et al., 2024; Kongkar et al., 2025).

Entre os modelos atualmente descritos na literatura,

destaca-se o Collaborative Care Model, considerado uma das estratégias mais consolidadas para o acompanhamento de idosos com depressão e outras condições mentais associadas à multimorbidade. Esse modelo organiza o cuidado a partir da atuação integrada entre médicos da Atenção Primária, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, farmacêuticos, assistentes sociais e demais profissionais envolvidos na assistência. A principal característica dessa abordagem consiste na elaboração conjunta de um plano terapêutico individualizado, continuamente monitorado e ajustado de acordo com a evolução clínica e funcional do paciente. Além disso, o modelo incorpora acompanhamento sistemático, compartilhamento de informações clínicas e comunicação permanente entre os membros da equipe, reduzindo descontinuidades assistenciais e fortalecendo a coordenação do cuidado (Tops et al., 2024).

Ao revisar diferentes experiências internacionais, Tops et al. (2024) observaram que, embora existam variações na organização dos serviços, alguns componentes permanecem presentes na maioria dos modelos

integrados de atenção ao idoso. Entre eles destacam-se a avaliação multidimensional, o planejamento terapêutico personalizado, o cuidado centrado na pessoa, a coordenação das ações conforme a complexidade clínica, a continuidade assistencial, o gerenciamento de casos e a atuação efetiva de equipes multiprofissionais. Os autores ressaltam ainda que essas estratégias favorecem não apenas melhores resultados clínicos relacionados aos sintomas depressivos, mas também ganhos funcionais, maior satisfação dos usuários e fortalecimento da integração entre os diferentes níveis do sistema de saúde.

Resultados semelhantes foram identificados por Lee (2025), ao avaliar um programa comunitário de cuidado colaborativo destinado a idosos com sintomas depressivos. Após seis meses de acompanhamento por uma equipe interdisciplinar composta por onze diferentes profissionais, observou-se redução significativa da intensidade dos sintomas depressivos, mensurados pelo Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), além de melhora da qualidade de vida e maior participação dos idosos no planejamento de seu

próprio tratamento. O estudo demonstra que intervenções simultaneamente direcionadas às necessidades físicas, emocionais e sociais produzem resultados superiores aos obtidos por abordagens centradas exclusivamente no tratamento farmacológico ou na assistência médica isolada.

Os benefícios desses modelos decorrem, em grande parte, da complementaridade entre as diferentes áreas do conhecimento. Enquanto médicos concentram-se no diagnóstico clínico e na condução terapêutica, enfermeiros desenvolvem ações educativas, monitoramento contínuo e coordenação do cuidado; psicólogos atuam no manejo emocional e psicoterapêutico; terapeutas ocupacionais promovem intervenções voltadas à funcionalidade e participação social; fisioterapeutas trabalham aspectos relacionados à mobilidade e prevenção da incapacidade; farmacêuticos monitoram riscos associados à polifarmácia; nutricionistas contribuem para o manejo das condições crônicas; e assistentes sociais fortalecem a articulação com redes familiares e comunitárias. Essa integração amplia a capacidade da equipe em reconhecer fatores

frequentemente negligenciados pelos modelos tradicionais de atenção, permitindo intervenções mais abrangentes e individualizadas (Olowomeye, 2025; Kongkar et al., 2025).

Outro aspecto recorrente nos estudos refere-se ao fortalecimento da participação ativa da pessoa idosa nas decisões relacionadas ao próprio cuidado. Os modelos colaborativos substituem relações verticalizadas por processos de decisão compartilhada, nos quais profissionais e pacientes definem conjuntamente prioridades, metas terapêuticas e estratégias de acompanhamento. Essa mudança favorece maior adesão ao tratamento, amplia o senso de autonomia e fortalece o vínculo terapêutico, elementos particularmente importantes para idosos que convivem com doenças crônicas e transtornos mentais de longa duração (Shaban et al., 2024; Grosso, 2025).

A comunicação entre os membros da equipe constitui outro componente central desses modelos. Segundo Grosso (2025), a fragmentação das informações permanece como uma das principais barreiras à qualidade assistencial, favorecendo duplicidade de condutas, perda de informações

relevantes e inconsistências no acompanhamento clínico. Em contrapartida, equipes que estabelecem fluxos estruturados de comunicação, reuniões periódicas, prontuários compartilhados e espaços permanentes de discussão clínica apresentam maior capacidade de responder às necessidades dos pacientes de forma integrada. Assim, a comunicação interdisciplinar deixa de ser apenas um instrumento operacional para tornar-se elemento estruturante da segurança e da efetividade do cuidado.

Além da integração entre profissionais, observa-se crescente valorização da participação da família e da comunidade nos modelos contemporâneos de atenção à saúde mental da pessoa idosa. A presença de familiares nas decisões terapêuticas, quando respeitada a autonomia do idoso, favorece maior compreensão das necessidades cotidianas, fortalece a continuidade do cuidado no domicílio e amplia a rede de apoio disponível. Simultaneamente, a articulação com recursos comunitários, grupos de convivência e serviços de assistência social amplia as possibilidades de enfrentamento do isolamento social,

fator frequentemente associado ao desenvolvimento e agravamento de sintomas depressivos e ansiosos na velhice (Horgan et al., 2024; Changaris, 2025).

Entre as propostas mais recentes destaca-se o modelo Safety, Efficacy and Adherence (SEA), desenvolvido para qualificar o cuidado ao idoso na Atenção Primária por meio da integração entre médicos, farmacêuticos, profissionais de saúde mental, familiares e demais integrantes da equipe. O modelo enfatiza cinco eixos principais: adesão medicamentosa, enfrentamento da polifarmácia, integração da saúde física e mental, atenção aos determinantes sociais da saúde e fortalecimento do trabalho em equipe. Segundo Changaris (2025), essa estrutura favorece redução de eventos adversos relacionados aos medicamentos, melhora da coordenação assistencial e maior qualidade de vida, especialmente entre idosos com múltiplas doenças crônicas e sofrimento psíquico.

Em conjunto, as evidências demonstram que os modelos colaborativos e integrados representam uma evolução importante na organização da assistência à saúde

mental da pessoa idosa. Ao substituir práticas fragmentadas por processos de cuidado coordenados, centrados na pessoa e fundamentados na cooperação interdisciplinar, esses modelos ampliam a capacidade dos serviços em responder às demandas complexas do envelhecimento, fortalecendo a integralidade da atenção e produzindo melhores desfechos clínicos, funcionais e psicossociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crescente complexidade das demandas em saúde mental da pessoa idosa evidencia que modelos assistenciais centrados exclusivamente no tratamento de doenças ou na atuação isolada dos profissionais não são mais suficientes para responder às necessidades desse grupo populacional. O envelhecimento é um processo marcado pela interação contínua entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, funcionais e ambientais, tornando indispensável a adoção de abordagens capazes de compreender o indivíduo em sua integralidade. Nesse contexto, o cuidado interdisciplinar

consolida-se como um dos principais referenciais para a organização da assistência, ao favorecer a articulação entre diferentes áreas do conhecimento e promover respostas mais abrangentes, coordenadas e centradas na pessoa (Horgan et al., 2024; Kongkar et al., 2025).

As evidências discutidas ao longo deste capítulo demonstram que a integração entre médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e demais profissionais possibilita a construção de planos terapêuticos mais completos e individualizados, contemplando simultaneamente as dimensões clínicas, emocionais, cognitivas, familiares e sociais que influenciam o processo de envelhecimento. Modelos colaborativos fundamentados na comunicação efetiva, na tomada de decisão compartilhada, na coordenação do cuidado e na continuidade assistencial apresentam resultados positivos sobre a redução de sintomas depressivos, o fortalecimento da autonomia, a melhora da funcionalidade, o aumento da adesão ao tratamento e a otimização da utilização dos serviços de saúde (Tops et al.,

2024; Lee, 2025; Changaris, 2025).

Entretanto, a consolidação da interdisciplinaridade ainda enfrenta desafios importantes relacionados à fragmentação dos serviços, às dificuldades de comunicação entre profissionais, à insuficiência de recursos humanos, às limitações estruturais dos sistemas de saúde e à necessidade de processos permanentes de qualificação das equipes. Superar essas barreiras requer investimentos em educação interprofissional, fortalecimento das redes de atenção, incorporação de tecnologias que favoreçam o compartilhamento de informações clínicas e desenvolvimento de culturas organizacionais que valorizem o trabalho colaborativo como elemento central da qualidade assistencial (Grosso, 2025; Shaban et al., 2024).

Além disso, torna-se imprescindível que as práticas em saúde mental avancem para além do manejo dos transtornos já instalados, incorporando estratégias de promoção da saúde, prevenção de agravos, fortalecimento das redes familiares e comunitárias, incentivo ao envelhecimento ativo e valorização da autonomia da pessoa

idosa. A construção de ambientes acolhedores, inclusivos e livres de estigmas constitui componente essencial para que o cuidado em saúde mental seja efetivamente humanizado e comprometido com a dignidade e os direitos das pessoas idosas (Horgan et al., 2024).

Por fim, este capítulo reforça que o cuidado interdisciplinar não deve ser compreendido apenas como uma estratégia organizacional dos serviços de saúde, mas como uma mudança de paradigma na forma de compreender o envelhecimento e produzir cuidado. Ao integrar diferentes saberes, reconhecer a singularidade de cada indivíduo e promover a participação ativa da pessoa idosa e de sua família nas decisões terapêuticas, a interdisciplinaridade fortalece a integralidade da atenção e amplia as possibilidades de construção de trajetórias de envelhecimento mais saudáveis, autônomas e socialmente participativas. Dessa forma, investir em modelos colaborativos representa não apenas uma necessidade assistencial, mas também um compromisso ético e social com a promoção da qualidade de vida e da saúde mental da população idosa, diante

dos desafios impostos pelo envelhecimento populacional contemporâneo.

REFERÊNCIAS

CHANGARIS, Michael. Enhancing primary care for older adults: the safety, efficacy, and adherence (SEA) team-based care model to reduce adverse medication outcomes. *Frontiers in Public Health*, Lausanne, v. 13, p. 1453485, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1453485>.

GROSSO, Francesca. Integrating psychological and mental health perspectives in disease management: improving patient well-being. *Humanities and Social Sciences Communications*, London, v. 12, n. 132, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1057/s41599-025-04359-0>.

HORGAN, Salinda; PROROK, Jeanette; ELLIS, Katie; MULLALY, Laura; CASSIDY, Keri-Leigh; SEITZ, Dallas; CHECKLAND, Claire. Optimizing older adult mental health in support of healthy ageing: a pluralistic framework to inform transformative change across community and healthcare domains. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 21, n. 664, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21060664>.

KONGKAR, Ruttanaporn; RUKSAKULPIWAT, Suebsarn; PHIANHASIN, Lalipat; BENJASIRISAN, Chitchanok; NIYOMYART, Atsadaporn; AHMED, Bootan Hasan; PUWARAWUTTIPANIT, Wimolrat; CHUENKONGKAEW, Wanicha L.; ADAMS, Jon. The impact of interdisciplinary team-based care on the care and outcomes of chronically ill patients: a systematic review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Auckland, v. 18, p. 445-457, 2025. DOI: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S497846>.

LEE, Hannah Hyekyung. Effectiveness of interdisciplinary team's collaborative care in reducing depressive symptoms in older adults. *Journal of Nursing Practices and Research*, v. 5, n. 1, p. 1-7, 2025.

OLOWOMEYE, Eunice. Exploring interdisciplinary family medicine approaches to improve chronic disease management and patient centered outcomes. *International Journal of Research Publication and Reviews*, v. 6, n. 5, p. 12378-12395, 2025. DOI: <https://doi.org/10.55248/gengpi.6.0525.18157>.

SHABAN, Mostafa; MOHAMMED, Huda Hamdy; AMER, Fatma Gomaa Mohamed; SHABAN, Marwa Mamdouh; ABDEL-AZIZ, Hassanat Ramadan; IBRAHIM, Ateya Megahed. Exploring the nurse-patient relationship in caring

for the health priorities of older adults: qualitative study. BMC Nursing, London, v. 23, n. 480, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02099-1>.

TOPS, Laura; BEERTEN, Simon Gabriël; VANDENBULCKE, Mathieu; VERMANDERE, Mieke; DESCHODT, Mieke. Integrated care models for older adults with depression and physical comorbidity: a scoping review. International Journal of Integrated Care, London, v. 24, n. 1, p. 1-17, 2024. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.7576>

Capítulo 2

EDUCAÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CUIDADO INTEGRADO



EDUCAÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CUIDADO INTEGRADO

Aline Costa Mezencio Falcão¹

Glaucilene Soares da Silva²

Karla Raquel Teixeira de Castro³

Edinamar de Assis Matos⁴

André Luiz Gonzaga⁵

Fabiana Gomes da Silva⁶

Neide Moreira de Souza⁷

1 Graduação em Direito, Especialista em Educação Ambiental.

2 Assistente Social com Pos-graduação em serviço Social e Previdência.

3 Técnica de enfermagem, com graduação em Nutrição e pós-graduação em Nutrição Clínica

4 Gestão de recursos humanos especializada em Gestão de recursos humanos e Meio Ambiente.

5 Licenciatura em Matemática. Especialista em AEE - Atendimento Educacional Especializado

6 Graduação em Enfermagem

7 Doutoranda em Saúde Pública. Pós-Graduação em UTI com Ênfase em Urgência e Emergência, Gestão da Saúde, Urgência e Emergência em Enfermagem, Enfermagem do Trabalho

Cristiane Maria de Queiroz⁸

Lidiane Leonor Silva Cunha⁹

Bruna Amâncio Gondim¹⁰

Shirley Almeida dos Santos Santana¹¹

Galeno vieira de Oliveira Júnior¹²

Andrea Cordeiro da Silva¹³

A infância e a adolescência representam períodos decisivos para o desenvolvimento humano, caracterizados por intensas transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais que influenciam a saúde ao longo de

8 Enfermeira especialista em home care e mestrado em saúde ambiental e saúde do trabalhador.

9 Licenciatura em Biologia, especialização Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia, Técnica em enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia.

10 Enfermeira especialista em Unidade de Terapia Intensiva do Adulto na Faculdade Católica de Goiás – Goiânia.

11 Enfermeira, especialista em Obstetrícia e Programa de Saúde da Família.

12 Graduação em enfermagem. Pós-Graduação Urgência e emergência. Pós-graduação em UTI. Pós-graduação em gestão e segurança do paciente.

13 Especialista em Obstetrícia

todo o curso da vida. É nessas fases que são construídos hábitos, valores, comportamentos e competências que repercutirão na vida adulta, tornando a promoção da saúde e a prevenção de agravos estratégias prioritárias para o fortalecimento do desenvolvimento integral. Nesse contexto, a escola assume posição privilegiada por reunir crianças e adolescentes durante um período significativo de suas vidas, constituindo-se como um ambiente favorável para o desenvolvimento de ações educativas, preventivas e assistenciais que ultrapassam o ensino formal e contribuem para a formação de indivíduos mais saudáveis, autônomos e socialmente participativos (Rungan et al., 2024; Brito Jiménez; Brito Jiménez; Cortina Navarro, 2025).

Historicamente, as ações de saúde desenvolvidas nas escolas estiveram predominantemente direcionadas ao controle de doenças transmissíveis, campanhas de vacinação, avaliações antropométricas e identificação de problemas clínicos específicos. Entretanto, as profundas mudanças observadas no perfil epidemiológico das populações infantis e juvenis ampliaram significativamente

o escopo dessas intervenções. O aumento da prevalência de transtornos mentais, obesidade, sedentarismo, violência, bullying, uso de substâncias psicoativas, dificuldades alimentares, sofrimento emocional e doenças crônicas evidencia que as necessidades de saúde das crianças e dos adolescentes são cada vez mais complexas e exigem abordagens capazes de integrar prevenção, promoção da saúde, assistência e acompanhamento contínuo (Kolac; Özdemir; Koseoglu Ornek, 2026; Hong et al., 2025).

Essa realidade evidencia que a saúde escolar não pode ser compreendida apenas como um conjunto de ações pontuais desenvolvidas no ambiente educacional, mas como um processo contínuo de construção de ambientes promotores de saúde, fundamentado na articulação entre diferentes setores e na participação ativa da comunidade escolar. A educação em saúde passa, assim, a desempenhar papel estratégico ao favorecer o desenvolvimento da autonomia, do pensamento crítico, das habilidades para a vida e da capacidade dos estudantes de tomar decisões conscientes relacionadas ao próprio bem-estar. Mais do

que transmitir informações, a educação em saúde busca promover mudanças sustentáveis de comportamento, fortalecendo competências individuais e coletivas para enfrentar os desafios contemporâneos relacionados à saúde física, mental e social (Brito Jiménez; Brito Jiménez; Cortina Navarro, 2025).

Nos últimos anos, diferentes organismos internacionais e sistemas nacionais de saúde têm enfatizado a necessidade de substituir modelos fragmentados de assistência por estratégias fundamentadas no cuidado integrado. Essa perspectiva reconhece que os determinantes da saúde infantil extrapolam o espaço dos serviços de saúde e envolvem fatores educacionais, familiares, comunitários, econômicos, culturais e ambientais. Consequentemente, torna-se imprescindível estabelecer mecanismos permanentes de cooperação entre escolas, serviços de saúde, famílias e comunidade para garantir respostas mais efetivas às necessidades das crianças e dos adolescentes (Rungan et al., 2024; Hong et al., 2025).

O conceito de cuidado integrado pressupõe que

diferentes profissionais, instituições e setores compartilhem responsabilidades na promoção da saúde, rompendo com modelos assistenciais centrados em intervenções isoladas. No ambiente escolar, essa integração favorece a identificação precoce de fatores de risco, o desenvolvimento de ações preventivas, a articulação de encaminhamentos especializados quando necessários e o acompanhamento longitudinal dos estudantes. Além disso, amplia as possibilidades de atuação interdisciplinar entre profissionais da saúde, educadores, gestores escolares, famílias e redes comunitárias, fortalecendo uma assistência centrada nas necessidades reais das crianças e adolescentes (Rungan et al., 2024).

Essa abordagem assume importância ainda maior diante do aumento expressivo dos problemas relacionados à saúde mental na infância e na adolescência. Ansiedade, depressão, comportamentos autolesivos, dificuldades emocionais, estresse escolar e transtornos comportamentais têm sido identificados com frequência crescente em diferentes países, configurando importante problema de

saúde pública. Muitos desses agravos permanecem sem diagnóstico ou tratamento oportuno, seja pela escassez de serviços especializados, seja pelo estigma ainda associado aos transtornos mentais. Nesse cenário, a escola constitui espaço privilegiado para identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico, implementação de intervenções preventivas e fortalecimento de fatores protetores, especialmente quando articulada aos serviços de saúde e às famílias (Hong et al., 2025; Cai et al., 2025).

Entre os fatores protetores amplamente discutidos na literatura destaca-se a resiliência, compreendida como a capacidade de enfrentar adversidades, adaptar-se às mudanças e desenvolver respostas positivas diante de situações estressoras. Evidências provenientes de ensaios clínicos randomizados demonstram que intervenções implementadas no ambiente escolar são capazes de fortalecer significativamente a resiliência de crianças e adolescentes, reduzindo vulnerabilidades emocionais e favorecendo melhores indicadores de saúde mental. Além disso, programas educativos desenvolvidos nas escolas

contribuem para ampliar habilidades socioemocionais, melhorar relações interpessoais, fortalecer o autocuidado e promover ambientes escolares mais seguros e acolhedores (Cai et al., 2025).

Nesse contexto, destaca-se também o crescente protagonismo da enfermagem escolar e das equipes multiprofissionais na implementação de programas de promoção da saúde. A atuação desses profissionais vai além da assistência clínica tradicional, envolvendo rastreamento de agravos, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, educação em saúde, identificação precoce de problemas físicos e emocionais, orientação às famílias, encaminhamento para serviços especializados e desenvolvimento de estratégias voltadas à melhoria do ambiente escolar. Estudos recentes demonstram que intervenções conduzidas por enfermeiros utilizando abordagens sistematizadas e centradas na pessoa apresentam elevado potencial para identificar precocemente problemas de saúde e promover respostas assistenciais mais efetivas, particularmente em populações socialmente vulneráveis

(Kolac; Özdemir; Koseoglu Ornek, 2026; Brito Jiménez; Brito Jiménez; Cortina Navarro, 2025).

Diante desse panorama, a educação em saúde escolar consolida-se como componente estratégico das políticas públicas voltadas à infância e à adolescência, ao integrar ações educativas, assistenciais e intersetoriais orientadas para a promoção do desenvolvimento integral. A articulação entre saúde, educação, família e comunidade amplia a capacidade dos sistemas de atenção em responder às necessidades contemporâneas das crianças e adolescentes, favorecendo práticas preventivas, identificação precoce de agravos, fortalecimento da saúde mental e redução das desigualdades no acesso ao cuidado. Assim, este capítulo tem como objetivo discutir os fundamentos da educação em saúde escolar na perspectiva do cuidado integrado, analisando o papel da intersetorialidade, das equipes interdisciplinares e das estratégias contemporâneas de promoção da saúde dirigidas às crianças e aos adolescentes.

A escola como espaço estratégico para a promoção da saúde e o cuidado integrado

A escola constitui um dos mais importantes espaços sociais para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde, não apenas por concentrar crianças e adolescentes durante uma fase decisiva do desenvolvimento humano, mas também por favorecer a construção de conhecimentos, atitudes e habilidades que influenciam a saúde ao longo de todo o curso da vida. Diferentemente dos serviços de saúde, cuja procura geralmente ocorre diante da presença de doenças ou agravos, o ambiente escolar permite intervenções contínuas, preventivas e educativas, alcançando estudantes antes mesmo da instalação de problemas físicos, emocionais ou sociais. Essa característica confere à escola um papel estratégico na consolidação de práticas de cuidado capazes de promover o desenvolvimento integral e reduzir vulnerabilidades desde os primeiros anos de vida (Rungan et al., 2024; Brito Jiménez; Brito Jiménez; Cortina Navarro, 2025).

Nas últimas décadas, a compreensão acerca da saúde escolar passou por importantes transformações. Modelos anteriormente centrados em campanhas educativas isoladas ou em ações pontuais de controle de doenças vêm sendo substituídos por abordagens que reconhecem a influência dos determinantes sociais da saúde sobre o desenvolvimento infantil e juvenil. Fatores como condições socioeconômicas, ambiente familiar, acesso aos serviços de saúde, alimentação, relações interpessoais, segurança, discriminação, violência e oportunidades educacionais influenciam diretamente o bem-estar das crianças e adolescentes, exigindo respostas intersetoriais capazes de articular diferentes políticas públicas em torno de objetivos comuns (Hong et al., 2025; Rungan et al., 2024).

Sob essa perspectiva, a escola deixa de ser apenas um local de transmissão de conhecimentos para tornar-se um ambiente promotor de saúde, no qual processos educativos e ações assistenciais são desenvolvidos de maneira integrada. A criação de ambientes escolares saudáveis envolve não apenas atividades educativas relacionadas à alimentação,

atividade física, higiene ou prevenção de doenças, mas também iniciativas voltadas ao fortalecimento da saúde mental, da convivência respeitosa, da cultura de paz, da inclusão social e do desenvolvimento das habilidades socioemocionais. Essas dimensões ampliam o potencial transformador da escola, favorecendo a formação de indivíduos capazes de adotar comportamentos saudáveis e participar ativamente da construção de comunidades mais saudáveis (Brito Jiménez; Brito Jiménez; Cortina Navarro, 2025).

A literatura recente demonstra que programas desenvolvidos no ambiente escolar apresentam elevada capacidade de ampliar o acesso aos cuidados de saúde, especialmente entre populações que enfrentam dificuldades de acesso aos serviços tradicionais. Estudo qualitativo realizado por Rungan et al. (2024) evidenciou que modelos de cuidado integrado desenvolvidos nas escolas favorecem maior aproximação entre os setores da saúde e da educação, reduzindo barreiras geográficas, culturais e organizacionais que frequentemente limitam o acompanhamento de crianças

e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Além disso, os autores destacam que a presença das equipes de saúde no ambiente escolar fortalece o vínculo com estudantes e famílias, amplia a identificação precoce de necessidades e facilita a continuidade do cuidado por meio da articulação entre diferentes serviços.

Outro aspecto relevante refere-se à possibilidade de identificação precoce de agravos. Crianças e adolescentes permanecem diariamente na escola, permitindo que professores, profissionais de saúde e demais integrantes da comunidade escolar observem alterações comportamentais, emocionais, cognitivas ou físicas muitas vezes imperceptíveis em outros contextos. Essa proximidade favorece o reconhecimento de sinais relacionados à ansiedade, depressão, violência, negligência, dificuldades alimentares, alterações do desenvolvimento, problemas visuais, transtornos comportamentais e outras condições que podem comprometer tanto a saúde quanto o desempenho escolar. A identificação precoce possibilita intervenções oportunas, reduzindo complicações futuras

e fortalecendo estratégias preventivas (Kolac; Özdemir; Koseoglu Ornek, 2026).

Os resultados do estudo conduzido por Kolac, Özdemir e Koseoglu Ornek (2026) ilustram claramente esse potencial. Ao avaliar 918 estudantes entre 10 e 14 anos utilizando o Omaha System, os autores identificaram elevada frequência de problemas relacionados à saúde bucal, saúde mental, autocuidado e nutrição, além de diferenças importantes associadas à condição migratória dos estudantes. A utilização de um sistema estruturado de avaliação permitiu não apenas identificar precocemente essas necessidades, mas também implementar milhares de intervenções educativas, preventivas e assistenciais centradas nas necessidades individuais dos escolares. Esses achados reforçam que a atuação sistemática da equipe de saúde no ambiente escolar amplia significativamente a capacidade de prevenção e promoção da saúde.

Além da identificação precoce, o ambiente escolar favorece o desenvolvimento de intervenções universais, capazes de beneficiar simultaneamente estudantes com

diferentes níveis de risco. Revisão sistemática e metanálise conduzida por Cai et al. (2025), envolvendo 38 ensaios clínicos randomizados e mais de quinze mil participantes, demonstrou que intervenções implementadas nas escolas promovem aumento significativo da resiliência entre crianças e adolescentes. Segundo os autores, programas voltados ao desenvolvimento de habilidades socioemocionais, resolução de problemas, regulação emocional, mindfulness, apoio entre pares e fortalecimento das competências pessoais contribuem para reduzir vulnerabilidades psicológicas e melhorar a capacidade dos estudantes de enfrentar situações adversas. Esses resultados reforçam que a escola constitui um cenário privilegiado para intervenções preventivas em saúde mental, sobretudo pela possibilidade de alcançar um grande número de estudantes de forma contínua e equitativa.

A promoção da saúde no ambiente escolar também depende da construção de redes colaborativas entre diferentes instituições. Nesse sentido, a integração entre escolas, serviços de saúde, famílias e comunidade amplia a capacidade de resposta diante das múltiplas

necessidades das crianças e adolescentes. O modelo “Hospital–Escola–Família–Comunidade”, desenvolvido em Chongqing, na China, demonstra que a articulação entre esses diferentes atores possibilita rastreamento em larga escala, encaminhamento qualificado, acompanhamento longitudinal e fortalecimento da alfabetização em saúde mental entre estudantes, professores e familiares. A experiência evidencia que o cuidado integrado depende menos da atuação isolada de cada instituição e mais da construção de fluxos permanentes de comunicação, corresponsabilização e continuidade assistencial (Hong et al., 2025).

Assim, a escola consolida-se como um espaço privilegiado para a promoção da saúde, por reunir condições favoráveis ao desenvolvimento de ações educativas, preventivas e assistenciais articuladas entre diferentes setores. Ao integrar educação, saúde, família e comunidade, amplia-se a capacidade de identificar necessidades precocemente, desenvolver intervenções oportunas e promover ambientes mais saudáveis, inclusivos e acolhedores para crianças

e adolescentes. Nessa perspectiva, o cuidado integrado representa não apenas uma estratégia organizacional, mas um novo paradigma para a produção da saúde no contexto escolar, orientado pela integralidade, pela intersetorialidade e pelo compromisso com o desenvolvimento pleno das novas gerações (Rungan et al., 2024; Hong et al., 2025).

Educação em saúde e cuidado integrado: fortalecendo o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes

A educação em saúde constitui uma das principais estratégias para promover o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes, ao favorecer a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitam escolhas mais conscientes e saudáveis ao longo da vida. Entretanto, as concepções contemporâneas sobre educação em saúde ultrapassam abordagens centradas exclusivamente na transmissão de informações sobre doenças ou comportamentos de risco. Atualmente, compreende-se que educar para a saúde significa desenvolver competências que

fortaleçam a autonomia, o pensamento crítico, a capacidade de tomada de decisão e a participação ativa dos estudantes na construção de ambientes escolares mais saudáveis e inclusivos (Brito Jiménez; Brito Jiménez; Cortina Navarro, 2025).

Essa mudança conceitual aproxima a educação em saúde dos princípios do cuidado integrado, cuja finalidade consiste em organizar ações articuladas entre diferentes profissionais, instituições e setores para responder às necessidades das pessoas de maneira contínua, coordenada e centrada no indivíduo. No contexto escolar, isso significa reconhecer que o processo educativo e o cuidado em saúde não podem ser desenvolvidos de forma independente. Ao contrário, ambos compartilham objetivos comuns relacionados ao desenvolvimento humano, à redução das desigualdades, à promoção da qualidade de vida e ao fortalecimento das capacidades individuais e coletivas para enfrentar os desafios cotidianos (Rungan et al., 2024).

Sob essa perspectiva, a escola deixa de ser apenas um espaço de aprendizagem formal para constituir-se

como ambiente promotor de saúde, capaz de integrar ações educativas, preventivas, assistenciais e psicossociais. Essa integração possibilita que os estudantes desenvolvam habilidades relacionadas ao autocuidado, à alimentação saudável, à prática regular de atividade física, à prevenção de violências, ao respeito às diferenças, à saúde mental, ao uso responsável das tecnologias digitais e ao fortalecimento das relações interpessoais. Mais do que conteúdos isolados, essas temáticas passam a compor experiências educativas permanentes, incorporadas à rotina escolar e desenvolvidas de forma interdisciplinar (Brito Jiménez; Brito Jiménez; Cortina Navarro, 2025).

A literatura evidencia que programas de educação em saúde apresentam melhores resultados quando desenvolvidos de maneira participativa e contextualizada. Crianças e adolescentes tendem a responder mais positivamente às intervenções que valorizam o diálogo, a resolução de problemas, o trabalho em grupo, a aprendizagem experiencial e a participação ativa dos estudantes na construção das soluções para os problemas

identificados. Esse processo favorece o desenvolvimento da autonomia, aumenta o senso de pertencimento e fortalece comportamentos saudáveis de forma mais consistente do que estratégias baseadas exclusivamente na oferta de informações (Cai et al., 2025).

Entre as diversas dimensões contempladas pela educação em saúde, a promoção da saúde mental tem recebido atenção crescente. O aumento da prevalência de ansiedade, depressão, estresse, automutilação, bullying e sofrimento emocional entre crianças e adolescentes evidencia a necessidade de incorporar ações sistemáticas de promoção do bem-estar psicológico às práticas escolares. Revisão sistemática realizada por Cai et al. (2025), envolvendo 38 ensaios clínicos randomizados, demonstrou que intervenções implementadas nas escolas promovem aumento significativo da resiliência, considerada um importante fator de proteção para a saúde mental. Os autores destacam que programas baseados no desenvolvimento de competências socioemocionais, mindfulness, habilidades de enfrentamento, resolução de conflitos e fortalecimento

das relações interpessoais reduzem a vulnerabilidade psicológica e favorecem melhores indicadores de bem-estar entre estudantes.

A incorporação dessas estratégias ao cotidiano escolar também fortalece a capacidade das instituições de identificar precocemente estudantes em situação de vulnerabilidade. Mudanças comportamentais, dificuldades de aprendizagem, isolamento social, alterações emocionais e conflitos interpessoais frequentemente constituem os primeiros sinais de sofrimento psíquico, podendo ser reconhecidos por professores, profissionais de saúde e demais integrantes da comunidade escolar. Quando existe integração entre educação, saúde e família, esses sinais podem ser avaliados precocemente, possibilitando intervenções oportunas e reduzindo o risco de agravamento dos problemas identificados (Hong et al., 2025).

Outro aspecto relevante refere-se ao fortalecimento da alfabetização em saúde (health literacy), entendida como a capacidade de acessar, compreender, avaliar e utilizar informações relacionadas à saúde para a tomada de

decisões conscientes. No ambiente escolar, a alfabetização em saúde contribui para que crianças e adolescentes desenvolvam competências que ultrapassam o espaço da escola, repercutindo em escolhas alimentares, prevenção de doenças, utilização adequada dos serviços de saúde, manejo das emoções e participação ativa na construção de comunidades mais saudáveis. Além disso, estudantes com maior alfabetização em saúde tendem a atuar como multiplicadores de conhecimentos junto às famílias e aos demais membros da comunidade, ampliando o impacto das ações educativas (Hong et al., 2025; Brito Jiménez; Brito Jiménez; Cortina Navarro, 2025).

A efetividade da educação em saúde depende, entretanto, da atuação integrada de diferentes profissionais. Enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, odontólogos e professores possuem competências complementares que enriquecem o planejamento e a execução das ações educativas. Essa diversidade de saberes permite abordar os problemas de saúde sob múltiplas perspectivas,

favorecendo intervenções mais abrangentes e adaptadas às necessidades específicas de cada comunidade escolar. O trabalho interdisciplinar também fortalece a continuidade do cuidado, permitindo que situações identificadas no ambiente escolar sejam acompanhadas pelos serviços de saúde e pelas famílias de maneira articulada (Rungan et al., 2024; Kolac; Özdemir; Koseoglu Ornek, 2026).

Assim, a educação em saúde, quando fundamentada nos princípios do cuidado integrado, deixa de representar apenas uma estratégia pedagógica complementar para tornar-se componente estruturante das políticas voltadas à infância e à adolescência. Ao promover a integração entre diferentes setores, estimular o protagonismo dos estudantes e fortalecer redes colaborativas entre escola, serviços de saúde, famílias e comunidade, amplia-se a capacidade de produzir cuidado de forma contínua, humanizada e orientada para o desenvolvimento integral. Essa perspectiva reafirma a escola como espaço privilegiado para a promoção da saúde, prevenção de agravos e construção de trajetórias de vida mais saudáveis e socialmente inclusivas (Rungan et

al., 2024; Hong et al., 2025; Cai et al., 2025).

Considerações finais

A educação em saúde no ambiente escolar constitui um dos pilares para a promoção do desenvolvimento integral de crianças e adolescentes, ao articular ações educativas, preventivas e assistenciais em um espaço privilegiado de convivência, aprendizagem e formação cidadã. Conforme discutido ao longo deste capítulo, a escola ultrapassa sua função tradicional de transmissão de conhecimentos para assumir papel estratégico na construção de ambientes promotores de saúde, capazes de fortalecer competências individuais e coletivas, reduzir vulnerabilidades e favorecer o desenvolvimento de hábitos e comportamentos saudáveis desde os primeiros anos de vida. Nessa perspectiva, o cuidado integrado representa uma abordagem essencial para responder à complexidade das necessidades contemporâneas da população infantojuvenil, reconhecendo que saúde e educação constituem dimensões indissociáveis

do desenvolvimento humano (Rungan et al., 2024; Brito Jiménez; Brito Jiménez; Cortina Navarro, 2025).

As evidências analisadas demonstram que modelos fundamentados na integração entre os setores da saúde, educação, família e comunidade ampliam significativamente a capacidade de identificar precocemente situações de vulnerabilidade, desenvolver intervenções oportunas e assegurar a continuidade do cuidado. A atuação articulada entre profissionais de diferentes áreas favorece a construção de respostas mais abrangentes às necessidades físicas, emocionais, sociais e cognitivas dos estudantes, fortalecendo redes de proteção e reduzindo a fragmentação das ações assistenciais. Nesse contexto, experiências internacionais, como o modelo Hospital–Escola–Família–Comunidade, evidenciam que a cooperação intersetorial potencializa a promoção da saúde mental, amplia a alfabetização em saúde e fortalece mecanismos de acompanhamento longitudinal de crianças e adolescentes (Hong et al., 2025).

Outro aspecto evidenciado neste capítulo refere-se ao potencial transformador das intervenções desenvolvidas

no ambiente escolar para a promoção da saúde mental e do bem-estar. Programas voltados ao fortalecimento da resiliência, das habilidades socioemocionais, da resolução de problemas e da convivência saudável demonstram impactos positivos sobre a capacidade de enfrentamento das adversidades, contribuindo para a redução de fatores de risco relacionados à ansiedade, depressão, violência, bullying e outros problemas que comprometem o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Esses resultados reforçam que investir em ações preventivas no contexto escolar representa uma estratégia custo-efetiva para promover saúde e reduzir agravos ao longo do curso da vida (Cai et al., 2025).

Nesse processo, destaca-se a relevância da enfermagem escolar e das equipes interdisciplinares na organização e implementação das ações de cuidado. Além do acompanhamento clínico, esses profissionais desempenham papel fundamental na educação em saúde, no rastreamento de agravos, na identificação precoce de alterações físicas, emocionais e comportamentais, na articulação com as famílias e no encaminhamento para serviços especializados

quando necessário. Sua atuação fortalece a integralidade da assistência e contribui para que a escola se consolide como um ambiente de cuidado permanente, comprometido com a promoção da saúde e a redução das desigualdades (Kolac; Özdemir; Koseoglu Ornek, 2026; Brito Jiménez; Brito Jiménez; Cortina Navarro, 2025).

Apesar dos avanços observados, a consolidação do cuidado integrado no contexto escolar ainda enfrenta desafios importantes, como a necessidade de maior articulação entre os setores da saúde e da educação, ampliação da formação interprofissional, fortalecimento das políticas públicas, disponibilidade de recursos humanos qualificados e desenvolvimento de mecanismos permanentes de monitoramento e avaliação das ações implementadas. Superar essas limitações requer compromisso institucional, investimentos contínuos e valorização das práticas colaborativas, assegurando que a promoção da saúde seja incorporada de forma transversal ao cotidiano escolar e às redes de atenção à saúde (Rungan et al., 2024; Hong et al., 2025).

Por fim, este capítulo reafirma que a educação em saúde escolar deve ser compreendida como uma estratégia estruturante para a construção de sistemas de cuidado mais integrais, equitativos e humanizados. Ao promover a integração entre diferentes profissionais, instituições e setores, estimular o protagonismo de crianças e adolescentes e fortalecer a participação das famílias e da comunidade, o cuidado integrado amplia as possibilidades de desenvolvimento saudável, inclusão social e melhoria da qualidade de vida. Investir em escolas promotoras de saúde significa investir no presente e no futuro das novas gerações, fortalecendo políticas públicas capazes de produzir impactos positivos duradouros sobre a saúde, a educação e o desenvolvimento social.

REFERÊNCIAS

BRITO JIMÉNEZ, Ivone Tatiana; BRITO JIMÉNEZ, Julieth Karina; CORTINA NAVARRO, Carolina Elena. School nursing in children's health from a holistic perspective. Revista Cuidarte, Bucaramanga, v. 16, n. 3,

e4668, 2025. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.4668>.

CAI, Chenyi; MEI, Zhengyang; WANG, Zirui; LUO, Shi. School-based interventions for resilience in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychiatry, Lausanne*, v. 16, 1594658, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1594658>.

HONG, Su; ZHANG, Qi; WEI, Yifeng; AI, Ming; WANG, Wo; CHEN, Jian-mei; XU, Xiao-ming; LI, Xinmin; GREENSHAW, Andrew James; KUANG, Li. Application of the “hospital-school-home-community” integrated mental health service model for primary and secondary school students in Chongqing, China. *Frontiers in Psychiatry, Lausanne*, v. 16, 1554939, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1554939>.

KOLAC, Nurcan; ÖZDEMİR, Saadet; KOSEOGLU ORNEK, Ozlem. Identifying and addressing health problems of school children through the Omaha System: a nurse-led intervention study in suburban Istanbul. *BMC Nursing, London*, v. 25, n. 203, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-026-04500-7>.

RUNGAN, Santuri; LIU, Huei Ming; SMITH-MERRY, Jennifer; EASTWOOD, John. School-based integrated

care – understanding collaborative partnerships between the health and education sectors. *International Journal of Integrated Care*, London, v. 25, suppl. 1, p. 56, 2025. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.ICIC24056>

Capítulo

3

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ- OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO: FUNDAMENTOS, DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA



CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO: FUNDAMENTOS, DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Fabiana Costa Callegari Macedo¹

INTRODUÇÃO

A assistência ao paciente cirúrgico caracteriza-se como um dos processos mais complexos desenvolvidos no ambiente hospitalar, exigindo elevado nível de organização, planejamento e integração entre diferentes profissionais de saúde. O centro cirúrgico constitui uma unidade de alta complexidade destinada à realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos,

¹ Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador pelo PPGSAT.

tanto eletivos quanto de urgência, reunindo equipes multiprofissionais em um ambiente marcado pela elevada densidade tecnológica, pela necessidade de decisões rápidas e pela constante exposição de pacientes e trabalhadores a diferentes fatores de risco (Martins; Dall’Agnol, 2016; Zapata; Samaniego, 2019). Nesse contexto, a qualidade da assistência depende não apenas da competência técnico-científica das equipes, mas também da adoção de práticas sistematizadas que favoreçam a prevenção de eventos adversos, a comunicação entre os profissionais e a continuidade do cuidado ao longo de todo o período perioperatório.

Embora todo procedimento cirúrgico envolva riscos inerentes ao próprio ato operatório, parcela significativa das complicações pode ser reduzida por meio da identificação precoce de fatores de risco, do planejamento individualizado da assistência e da adoção de estratégias voltadas à cultura de segurança. Nas últimas décadas, a segurança do paciente consolidou-se como uma prioridade internacional, sobretudo após a ampla divulgação das discussões promovidas pelo

Institute of Medicine e pela Organização Mundial da Saúde, que evidenciaram o impacto dos eventos adversos evitáveis sobre a morbimortalidade, os custos assistenciais e a qualidade dos serviços de saúde (Brasil, 2014). Esse movimento impulsionou a implementação de protocolos, listas de verificação e políticas voltadas ao fortalecimento da segurança em todos os níveis da assistência.

No Brasil, esse processo foi fortalecido pela instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que estabeleceu diretrizes para qualificar o cuidado em todos os serviços de saúde do país e incentivar o desenvolvimento de práticas voltadas à prevenção de incidentes e à melhoria contínua da qualidade assistencial (Brasil, 2013a; Brasil, 2014). Associada à Resolução RDC nº 36/2013, essa política reafirma que a segurança do paciente deve constituir responsabilidade compartilhada entre gestores, profissionais e instituições, exigindo processos assistenciais organizados, monitoramento permanente dos riscos e fortalecimento da cultura de segurança nos serviços de saúde.

Nesse cenário, destaca-se a consulta de enfermagem pré-operatória como uma das principais estratégias para qualificar a assistência ao paciente cirúrgico. Caracterizada como uma intervenção complexa, autônoma e privativa do enfermeiro, a consulta possibilita conhecer integralmente o paciente antes da cirurgia, identificar fatores de risco, reconhecer necessidades biopsicossociais e espirituais, esclarecer dúvidas, reduzir a ansiedade relacionada ao procedimento e subsidiar o planejamento das intervenções que serão desenvolvidas durante todo o período perioperatório (Mendes; Ferrito, 2021). Mais do que uma etapa administrativa do atendimento, constitui um espaço privilegiado para acolhimento, comunicação terapêutica, construção de vínculo e elaboração de um plano de cuidados centrado nas necessidades individuais do paciente.

A operacionalização dessa prática encontra respaldo na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que organiza o trabalho profissional e possibilita a execução do Processo de Enfermagem (PE), regulamentado pela Resolução COFEN nº 358/2009. Fundamentado em

referenciais teóricos capazes de orientar a coleta de dados, o raciocínio clínico, os diagnósticos, o planejamento, a implementação e a avaliação dos cuidados, o Processo de Enfermagem representa um instrumento essencial para qualificar a prática assistencial e assegurar a continuidade do cuidado (COFEN, 2009; Souza Junior et al., 2017). No contexto perioperatório, esses princípios são operacionalizados por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que favorece uma assistência contínua, individualizada, documentada e baseada em evidências científicas (Jost; Viegas, 2018).

Entre os referenciais teóricos que sustentam a consulta de enfermagem destaca-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, desenvolvida por Wanda Horta a partir da Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow. Essa abordagem compreende o ser humano de maneira integral, reconhecendo que as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais encontram-se permanentemente inter-relacionadas e influenciam

diretamente o processo saúde-doença. Sob essa perspectiva, a consulta pré-operatória amplia a avaliação clínica tradicional ao incorporar aspectos emocionais, sociais, culturais e espirituais que podem interferir tanto na preparação quanto na recuperação do paciente cirúrgico (Horta, 1979). Dessa forma, o cuidado deixa de concentrar-se exclusivamente na doença para contemplar a pessoa em sua integralidade, fortalecendo práticas mais humanizadas e centradas no paciente.

Além dos benefícios direcionados ao paciente, a consulta de enfermagem pré-operatória repercute positivamente sobre o processo de trabalho das equipes de saúde. A identificação antecipada de alergias, comorbidades, uso de medicamentos, limitações funcionais, necessidades específicas e demais condições clínicas favorece o planejamento seguro do procedimento cirúrgico, reduz improvisações, fortalece a comunicação interdisciplinar e contribui para ambientes laborais mais organizados e seguros. Nessa perspectiva, segurança do paciente e segurança do trabalhador configuram-se como

dimensões indissociáveis da qualidade assistencial, uma vez que ambientes de trabalho seguros favorecem melhores condições para o exercício profissional e, conseqüentemente, para a oferta de um cuidado mais qualificado (Baptista et al., 2015; Carvalho et al., 2015).

Diante desse contexto, este capítulo tem como objetivo discutir os fundamentos da consulta de enfermagem pré-operatória como estratégia para a promoção da segurança do paciente cirúrgico, analisando sua relação com a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e com a consolidação de uma cultura de segurança no ambiente perioperatório. Busca-se evidenciar que a consulta de enfermagem representa muito mais que um instrumento de coleta de dados, constituindo uma ferramenta estratégica para qualificar o cuidado, fortalecer a autonomia profissional do enfermeiro e promover uma assistência integral, segura e centrada na pessoa.

O CUIDADO PERIOPERATÓRIO E A SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO

O cuidado ao paciente cirúrgico envolve um conjunto de ações planejadas que se desenvolvem antes, durante e após o procedimento operatório, abrangendo desde a avaliação clínica inicial até o acompanhamento da recuperação. Diferentemente de uma visão restrita ao ato cirúrgico, o cuidado perioperatório constitui um processo contínuo e integrado, no qual diferentes profissionais compartilham responsabilidades para garantir que todas as etapas da assistência ocorram de forma segura, coordenada e centrada nas necessidades do paciente. Essa perspectiva reconhece que a qualidade dos resultados cirúrgicos depende não apenas da habilidade técnica da equipe durante o procedimento, mas também da adequada preparação do paciente, do planejamento das intervenções e da continuidade da assistência ao longo de todo o percurso terapêutico (Martins; Dall'Agnol, 2016; Mendes; Ferrito,

2021).

O centro cirúrgico representa um dos ambientes mais complexos da organização hospitalar. Caracteriza-se pela elevada incorporação tecnológica, pela realização de procedimentos invasivos, pela necessidade de respostas rápidas e pela intensa interação entre diferentes categorias profissionais. Além disso, trata-se de um cenário onde coexistem múltiplos fatores de risco relacionados tanto às condições clínicas dos pacientes quanto aos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde. A elevada complexidade assistencial exige comunicação efetiva, integração multiprofissional, tomada de decisão baseada em evidências e rigor na execução de protocolos, uma vez que pequenas falhas podem resultar em eventos adversos com importantes repercussões clínicas e éticas (Carvalho et al., 2015; Zapata; Samaniego, 2019).

Nas últimas décadas, a segurança do paciente consolidou-se como um dos principais pilares da qualidade da assistência em saúde. O reconhecimento da elevada frequência de incidentes evitáveis durante a assistência

hospitalar impulsionou organismos internacionais e sistemas nacionais de saúde a desenvolverem políticas destinadas à redução dos riscos assistenciais. A Organização Mundial da Saúde passou a incentivar a implementação de estratégias voltadas para a construção de uma cultura de segurança, fundamentada na prevenção de erros, no aprendizado organizacional, na comunicação efetiva e na melhoria contínua dos processos de trabalho. No Brasil, esse movimento ganhou maior expressão com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529/2013, posteriormente complementada pela RDC nº 36/2013, que estabeleceu ações obrigatórias para o gerenciamento de riscos nos serviços de saúde (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b; Brasil, 2014).

No contexto cirúrgico, a segurança do paciente assume características particulares em razão da natureza invasiva dos procedimentos e da necessidade de atuação sincronizada entre diferentes profissionais. A prevenção de eventos adversos depende da correta identificação do paciente, da confirmação do procedimento e do sítio

cirúrgico, da avaliação das condições clínicas, do preparo adequado, da comunicação efetiva entre as equipes e da disponibilidade de recursos materiais e tecnológicos compatíveis com a complexidade do procedimento. Nesse sentido, protocolos como a Cirurgia Segura, difundidos internacionalmente, representam importantes instrumentos para reduzir falhas relacionadas aos processos assistenciais e fortalecer a cultura de segurança nos centros cirúrgicos (Brasil, 2014).

Entretanto, a segurança do paciente não pode ser compreendida apenas como resultado da adoção de protocolos ou listas de verificação. Ela depende da consolidação de uma cultura organizacional que valorize a comunicação aberta, o trabalho colaborativo, a aprendizagem a partir dos incidentes e o compromisso institucional com a melhoria contínua da qualidade. Nessa perspectiva, segurança deixa de ser responsabilidade exclusiva de um profissional ou de um setor específico e passa a constituir um valor compartilhado por toda a organização, envolvendo gestores, equipes assistenciais, pacientes e familiares (Baptista et al.,

2015; Carvalho et al., 2015).

Outro aspecto amplamente discutido na literatura refere-se à estreita relação entre segurança do paciente e segurança do trabalhador. Ambientes caracterizados por sobrecarga de trabalho, dimensionamento inadequado de pessoal, comunicação deficiente e condições laborais desfavoráveis aumentam a probabilidade de falhas assistenciais e comprometem tanto a saúde dos profissionais quanto a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes. Em contrapartida, instituições que investem em educação permanente, organização dos processos assistenciais, fortalecimento do trabalho em equipe e valorização dos trabalhadores tendem a desenvolver práticas mais seguras e eficientes. Como destaca a dissertação que fundamenta este capítulo, segurança do paciente e segurança do trabalhador constituem dimensões complementares e interdependentes de uma mesma política de qualidade assistencial (Baptista et al., 2015).

Nesse contexto, a enfermagem ocupa posição estratégica na promoção da segurança durante todo o

período perioperatório. Por permanecer continuamente ao lado do paciente e coordenar grande parte das ações assistenciais, o enfermeiro desempenha papel essencial na identificação precoce de riscos, na organização do cuidado, na comunicação entre os diferentes profissionais e na implementação de intervenções preventivas. Entre essas atribuições, destaca-se a consulta de enfermagem pré-operatória, que possibilita avaliar integralmente o paciente antes da cirurgia e subsidiar um planejamento assistencial individualizado, constituindo um dos principais instrumentos para fortalecer a cultura de segurança e qualificar o cuidado perioperatório (Mendes; Ferrito, 2021; COFEN, 2009).

A CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO INSTRUMENTO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A crescente complexidade da assistência perioperatória exige que o cuidado de enfermagem seja

organizado de maneira sistemática, fundamentado em referenciais teóricos e sustentado por processos capazes de garantir continuidade, segurança e individualização da assistência. Nesse contexto, a consulta de enfermagem pré-operatória constitui uma das principais estratégias para operacionalizar o Processo de Enfermagem no período que antecede o procedimento cirúrgico, possibilitando ao enfermeiro realizar uma avaliação abrangente do paciente, identificar necessidades de saúde, reconhecer fatores de risco e planejar intervenções compatíveis com as especificidades de cada indivíduo (COFEN, 2009; Souza Junior et al., 2017).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) representa o modelo organizacional que orienta o trabalho profissional da enfermagem, promovendo maior qualidade, continuidade e segurança das ações assistenciais. Regulamentada pela Resolução COFEN nº 358/2009, a SAE organiza o Processo de Enfermagem em etapas interdependentes, coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, permitindo que as decisões clínicas sejam fundamentadas

em informações sistematizadas e em referenciais científicos. Além de fortalecer a autonomia profissional do enfermeiro, a utilização do Processo de Enfermagem favorece a padronização da linguagem, melhora a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e qualifica o registro das informações clínicas, elementos essenciais para a segurança do paciente cirúrgico (COFEN, 2009; Souza Junior et al., 2017).

No contexto perioperatório, esses princípios são operacionalizados por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), metodologia que organiza o cuidado desde o período pré-operatório até a recuperação pós-anestésica. Conforme destacam Jost e Viegas (2018), a SAEP possibilita uma assistência contínua, participativa, individualizada e devidamente documentada, favorecendo a integração entre as diferentes etapas do cuidado cirúrgico e reduzindo a fragmentação das ações desenvolvidas pelas equipes. Mais do que um instrumento administrativo, a SAEP constitui um modelo assistencial capaz de fortalecer a tomada de decisão clínica e promover

intervenções fundamentadas nas necessidades reais do paciente.

Inserida nesse processo, a consulta de enfermagem pré-operatória configura-se como uma intervenção complexa e autônoma, cuja finalidade ultrapassa a simples coleta de informações clínicas. Conforme Mendes e Ferrito (2021), trata-se de um conjunto estruturado de atividades que permite conhecer integralmente o paciente, compreender suas expectativas em relação ao procedimento cirúrgico, esclarecer dúvidas, reduzir medos, promover educação em saúde e subsidiar a elaboração de um plano de cuidados multiprofissional. Dessa maneira, a consulta representa um espaço privilegiado de comunicação terapêutica e acolhimento, fortalecendo o vínculo entre enfermeiro e paciente e favorecendo uma preparação cirúrgica mais segura e humanizada.

A efetividade da consulta de enfermagem está diretamente relacionada à qualidade da coleta de dados realizada pelo enfermeiro. Uma avaliação pré-operatória sistematizada permite identificar informações

indispensáveis ao planejamento assistencial, como antecedentes clínicos e cirúrgicos, alergias, uso contínuo de medicamentos, presença de doenças crônicas, limitações funcionais, estado nutricional, condições psicossociais, aspectos emocionais, crenças religiosas e fatores que possam interferir na realização do procedimento anestésico-cirúrgico. A identificação precoce dessas condições reduz improvisações durante o ato operatório, favorece a comunicação entre as equipes e contribui para prevenir complicações potencialmente evitáveis, fortalecendo a cultura de segurança nos serviços cirúrgicos (Mendes; Ferrito, 2021).

Outro aspecto relevante refere-se ao papel educativo desempenhado pelo enfermeiro durante a consulta pré-operatória. O período que antecede a cirurgia costuma ser acompanhado por sentimentos de ansiedade, medo, insegurança e incertezas relacionados ao procedimento, à anestesia, à dor, às possíveis complicações e ao processo de recuperação. Nesse cenário, a consulta possibilita fornecer orientações individualizadas sobre o

preparo pré-operatório, os cuidados necessários antes e após a cirurgia, o funcionamento da unidade cirúrgica e a participação do próprio paciente no processo de cuidado. Além de favorecer maior compreensão sobre o tratamento, essas orientações contribuem para reduzir o sofrimento emocional, fortalecer a autonomia do paciente e ampliar sua participação nas decisões relacionadas ao próprio cuidado, aspectos fundamentais para uma assistência centrada na pessoa (Mendes; Ferrito, 2021).

A utilização de instrumentos estruturados para conduzir a consulta de enfermagem fortalece ainda mais esse processo. Conforme evidenciado na dissertação que fundamenta este capítulo, a construção de um instrumento baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, permitiu organizar a coleta de dados em diferentes dimensões do cuidado, contemplando informações sociodemográficas, percepções relacionadas ao procedimento cirúrgico, dados clínicos e necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Essa estrutura amplia a avaliação para além das condições

clínicas imediatas, favorecendo uma compreensão integral do paciente e subsidiando o planejamento de intervenções individualizadas e coerentes com suas necessidades específicas.

Ao incorporar instrumentos sistematizados à prática clínica, o enfermeiro fortalece sua capacidade de raciocínio clínico, melhora a qualidade dos registros assistenciais e contribui para maior integração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado perioperatório. Simultaneamente, a padronização das informações facilita a comunicação interdisciplinar, reduz perdas de dados relevantes e favorece a continuidade da assistência durante todas as fases do processo cirúrgico. Assim, a consulta de enfermagem deixa de representar apenas uma etapa inicial do atendimento para constituir um eixo estruturante da assistência perioperatória, articulando segurança do paciente, qualidade do cuidado e exercício autônomo da enfermagem (COFEN, 2009; Jost; Viegas, 2018; Mendes; Ferrito, 2021).

Dessa forma, a consulta de enfermagem pré-

operatória configura-se como um instrumento estratégico para a consolidação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no contexto cirúrgico. Ao integrar avaliação clínica, educação em saúde, comunicação terapêutica, identificação de riscos e planejamento individualizado dos cuidados, essa prática fortalece a integralidade da assistência e amplia a capacidade das equipes em desenvolver intervenções mais seguras, humanizadas e fundamentadas em evidências científicas, reafirmando o protagonismo do enfermeiro na promoção da qualidade do cuidado perioperatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta de enfermagem pré-operatória configura-se como uma estratégia essencial para a qualificação da assistência ao paciente cirúrgico, ao possibilitar que o cuidado seja planejado de forma sistematizada, individualizada e fundamentada nas necessidades reais de cada pessoa. Ao longo deste capítulo,

evidenciou-se que essa prática ultrapassa a função tradicional de coleta de informações clínicas, constituindo um espaço privilegiado para acolhimento, comunicação terapêutica, educação em saúde e identificação precoce de fatores que podem interferir na segurança do procedimento cirúrgico. Dessa forma, a consulta pré-operatória fortalece a integralidade do cuidado e amplia a capacidade do enfermeiro em desenvolver intervenções preventivas e resolutivas durante todo o período perioperatório (COFEN, 2009; Mendes; Ferrito, 2021).

A discussão também permitiu compreender que a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem constituem os principais referenciais metodológicos para a organização da prática assistencial no contexto cirúrgico. Quando operacionalizados por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), esses instrumentos favorecem a continuidade do cuidado, qualificam o raciocínio clínico, fortalecem os registros assistenciais e promovem maior integração entre os diferentes profissionais envolvidos

na assistência. Além disso, contribuem para consolidar a autonomia técnica e científica da enfermagem, reafirmando o papel do enfermeiro como protagonista na coordenação do cuidado perioperatório (COFEN, 2009; Jost; Viegas, 2018).

Outro aspecto relevante refere-se à utilização da Teoria das Necessidades Humanas Básicas como fundamento para a avaliação integral do paciente cirúrgico. Ao considerar simultaneamente necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, esse referencial amplia a compreensão do processo saúde-doença e favorece um planejamento assistencial que reconhece a singularidade de cada indivíduo. Essa perspectiva contribui para que o cuidado deixe de concentrar-se exclusivamente nos aspectos biológicos da cirurgia e passe a contemplar dimensões emocionais, sociais e culturais que influenciam diretamente a experiência do paciente durante o período perioperatório (Horta, 1979).

As reflexões apresentadas reforçam ainda que a segurança do paciente não depende exclusivamente da

adoção de protocolos ou tecnologias, mas da construção de processos assistenciais organizados, da comunicação efetiva entre os profissionais e da implementação de práticas fundamentadas em evidências científicas. Nesse contexto, a consulta de enfermagem pré-operatória representa um importante instrumento de gerenciamento de riscos, ao possibilitar a identificação antecipada de condições clínicas, necessidades específicas e potenciais fatores de vulnerabilidade que podem comprometer a realização segura do procedimento cirúrgico. Simultaneamente, contribui para fortalecer a cultura de segurança institucional, reduzir improvisações e favorecer maior integração entre os diferentes membros da equipe multiprofissional (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b; Baptista et al., 2015).

Por fim, destaca-se que investir na consolidação da consulta de enfermagem pré-operatória significa fortalecer uma prática baseada em evidências, comprometida com a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a humanização do cuidado. A utilização de instrumentos sistematizados, construídos a partir de referenciais teóricos

sólidos e validados cientificamente, amplia a capacidade dos enfermeiros em desenvolver uma assistência mais segura, resolutiva e centrada na pessoa. Nesse sentido, espera-se que as discussões apresentadas neste capítulo contribuam para estimular a implementação e o aprimoramento da consulta pré-operatória nos diferentes serviços de saúde, fortalecendo o papel estratégico da enfermagem na promoção de uma assistência perioperatória integral, qualificada e comprometida com os princípios da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, P. C. P.; et al. Segurança do paciente e segurança dos profissionais de saúde: interfaces e desafios para a qualidade da assistência. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2013b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2014.

CARVALHO, R.; et al. Segurança do paciente no centro cirúrgico: desafios para a prática assistencial. Revista SOBECC, São Paulo, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2009.

HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

JOST, M. T.; VIEGAS, K. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: contribuições para a segurança do paciente cirúrgico. Revista SOBECC, São Paulo, 2018.

MARTINS, F. Z.; DALL'AGNOL, C. M. Centro cirúrgico:

organização do trabalho e desafios para a enfermagem. Revista SOBECC, São Paulo, 2016.

MENDES, M. F.; FERRITO, C. R. Consulta de enfermagem pré-operatória: contribuições para a segurança do paciente cirúrgico. Revista de Enfermagem Referência, Coimbra, 2021.

SOUZA JUNIOR, V. D.; et al. Processo de enfermagem: fundamentos para a prática clínica e segurança do paciente. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2017.

ZAPATA, J. A.; SAMANIEGO, M. G. Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: estratégias para prevenção de eventos adversos. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2019.



O ebook reúne reflexões e experiências que evidenciam a importância da integração entre diferentes áreas do conhecimento na construção de um cuidado mais humano, seguro e resolutivo. A obra percorre temas como saúde mental da pessoa idosa, educação em saúde para crianças e adolescentes e segurança do paciente no contexto cirúrgico. Ao articular diferentes perspectivas profissionais, o livro destaca a interdisciplinaridade como caminho para compreender a complexidade do processo saúde-doença e fortalecer práticas centradas nas necessidades das pessoas. Uma leitura voltada a estudantes, pesquisadores, docentes e profissionais que buscam ampliar seus saberes e qualificar as práticas de cuidado em saúde.

