

Gabriela Eyng Possoli
(Organizadora)



CIÊNCIAS DA SAÚDE:

conceitos, práticas e relatos de experiência



AYA EDITORA
2023

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizadora

Prof.ª Dr.ª Gabriela Eyng Possolli

Capa

AYA Editora

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva

Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues
Universidade Norte do Paraná

Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa
Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes
Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes
Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas

Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira
Instituto Federal do Acre

Prof.ª Ma. Rosângela de França Bail
Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares
Universidade Federal do Piauí

Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros
Rodrigues
Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda
Santos
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues
Instituto Federal de Santa Catarina

© 2023 - AYA Editora - O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). As ilustrações e demais informações contidas nos capítulos deste Livro, bem como as opiniões neles emitidas são de inteira responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente a opinião desta editora.

C569 Ciências da Saúde: conceitos, práticas e relatos de experiência [recurso eletrônico]. / Gabriela Eyng Possolli (organizadora) -- Ponta Grossa: Aya, 2023. 310 p.

v.1

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-225-8

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174

1. Ciências médicas. 2 Médicos - Imperícia e prática ilegal - Brasil. 3. Erros médicos - Brasil. 4. Responsabilidade (Direito) - Brasil. 5. Serviço social médico. 6. Enfermagem. 7. AIDS (Doença) - Pacientes - Direitos fundamentais - Brasil. 8. Ética médica - Brasil. 9. Negras - Condições sociais. 10. Negras - Psicologia. 11. Medicamentos - Política governamental - Brasil. 12. Política farmacêutica - Brasil. I. Possolli, Gabriela Eyng. II. Título

CDD: 610

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora LTDA

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557

Ponta Grossa - Paraná - Brasil

84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação12

01

Responsabilidade civil no erro médico13

Caio Matheus Cintra Moreira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.1

02

Atendimento odontológico aos pacientes HIV soropositivo/AIDS e a ética profissional25

Carina de Melo Ribeiro Lopes

Fernanda da Costa Menezes Marques

João Pereira dos Santos Júnior

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.2

03

Desafios éticos em ciências da saúde: dilemas e reflexões sobre a tomada de decisão clínica.....37

Raphaela Sampaio

Geovanna Araújo Maciel

Débora Priscilla Araújo Maciel

Isabel Cristina Araújo Vieira

Thiago dos Santos Silva

Lorena Moura Boaventura

João Vítor Garcia Arrais

Aluísio de Moura Oliveira Júnior

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.3

04

Avaliação docente integrada entre cursos: a importância da biossegurança no ambiente hospitalar - a tuberculose na radiologia e enfermagem49

Cristiane Quadros Barcelos Martins

Karíne Rabaiolli

Pablo Assis Almeida Fraga

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.4

05

Principais fatores que contribuem para as ocorrências iatrogênicas da enfermagem na unidade de terapia intensiva60

Francisco Medrado dos Santos

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.5

06

A importância do enfermeiro na assistência ao paciente com câncer terminal79

Simone Karine Tabor Pires de Castro

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.6

07

A orientação farmacêutica na automedicação em idosos: revisão de literatura88

Francilene Sena da Silva

Nayra Santos Pereira

Keylla da Conceição Machado

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.7

08

Cuidados de enfermagem a síndrome de Stevens Johnson97

Mirella Figueiroa Vieira de Alencar

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.8

09

O papel da enfermagem nos cuidados paliativos109

Cícera Marilyn Rodrigues da Cruz

Jessica Karoline da Silva Silvestre

Maria Goreth Alves de Oliveira Simplicio

Taiane Pereira dos Santos

Valéria Cabral de Melo
César Augusto da Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.9

10

Processo de enfermagem no cuidado com o paciente oncológico.....121

Sâmia Amélia Mendes Silva
Joedna de Carla Reis
Kellyane de Sá Araújo
Leidivânia Rodrigues Fróes
Letícia Silva
Rute Dias Pereira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.10

11

Mitos e crenças populares no cuidado com recém-nascido130

Alex Feitosa Nepomuceno
Darci Rosane Costa Freitas Alves
Nadson Ferreira Barroso
Mariana de Souza de Oliveira
Taylane Sá Sipaúba
Keila Fernandes Pontes Queiroz
Mayara Milka Pereira Castro
Moacir Oliveira Gomes Neto
Otoniel Damasceno Sousa
Erica Ravenna Araujo Alves

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.11

12

Humanização na assistência à saúde: uma revisão de literatura147

Michelle Carneiro Fonseca
Quenia Camille Soares Martins
Marcos Aurélio Fonseca Medeiros
Laryssa Rocha Santos
Deborah Julianne Lescano Serpa
Cinthia Barros Penha
Francisco Macêdo Cruz Neto

Chrystian Sales Ferreira de Oliveira
Roxana Aniccelli Monteiro Pessoa
Ingrid Gurgel Amorim
Rosana Kelly da Silva Medeiros

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.12

13

Uso de fitoterápicos como auxiliares no tratamento da ansiedade: uma revisão integrativa155

Carliane Azevedo Santos Lima
Francilda da Silva e Silva Abreu
Ana Cristina Sousa Gramoza Vilarinho Santana

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.13

14

Incidência e distribuição espacial da malária em gestantes da cidade de Porto Velho165

João Victor Almeida de Oliveira
Gustavo Trindade Hitzschky Pinto
Victhor Henrique Kemp
Andre Luiz Ferreira da Silva
Gilmar Nascimento

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.14

15

Farmacovigilância e os erros de medicação no ambiente hospitalar para os sistemas de saúde171

Juliana Fernandes da Silva Kochleitner
Douglas Nunes Vieira
Márcia Mello Costa de Liberal

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.15

16

Formação de um Gabinete de Crise COVID – 19 para enfrentamento da pandemia no município de Diamantina, Minas Gerais: Relato de experiência180

Liliany Mara Silva Carvalho
DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.16

17

Interfaces entre psicologia, saúde e relações raciais: mulheres negras na dupla jornada de trabalho189

Bruno da Silva Campos
Amanda Resende Santos
Debora Cristina Fraga
Luciana da Silva Santos

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.17

18

TEA na atualidade: considerações diagnósticas, etiológicas e legais197

Maria Rosa Trindade da Silva Ribeiro

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.18

19

Tratamentos estéticos de cicatrizes decorridas de queiloide: uma revisão da literatura208

Neidiane Cirqueira Carvalho
Rosimar Lopes Sampaio

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.19

20

Efeitos do jato de plasma no tratamento de grânulos de fordyce em lábios superiores.....216

Alessandra Maróstica de Freitas

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.20

21

Padronização do acolhimento prestado às famílias

na unidade de terapia intensiva: importância das orientações do enfermeiro.....228

Karina de Fatima Marafigo
Marly Terezinha Della Latta

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.21

22

Uso do desenho como estratégia para aprender anatomia humana234

Fábio dos Santos Souza
Tayroni Moretto
Thalys Moretto
Alexandre de Moura Ribeiro
Iván Cruz Alvarez Cantos
Vagner Ferreira do Nascimento

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.22

23

Implicações da enfermagem na visibilidade de seu exercício profissional.....248

Isabela Alves de Souza

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.23

24

A percepção visual e a sua relação com o controle da cabeça.....253

Camila Albues Torres
Adrya Renata Santana Machado

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.24

25

Enfermagem do trabalho: contexto, possibilidades e desafios259

Alex Feitosa Nepomuceno
Fabia Regina Ribeiro de Sousa
Uthânia Valdirene Moreira Lima Gonçalves

Francisco das Chagas Silva de Oliveira.
Mayara Milka Pereira Castro
Otoniel Damascena Sousa
Erica Ravenna Araújo Alves
Jordania Ferreira de Amorim

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.25

26

A importância da atenção farmacêutica aos pacientes oncológicos: uma revisão de literatura268

Ananda Sales Cunha
Erisnalda Teixeira Castro
Thiara Lorena Bezerra da Silva Oliveira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.26

27

Fatores que interferem no acesso a medicamentos para o tratamento de transtornos psicológicos na rede pública de saúde da região nordeste: uma revisão de literatura281

Kerla Nunes de Oliveira
Larissa Santos Araújo
Thiara Lorena Bezerra da Silva Oliveira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.27

28

Intervenções do farmacêutico clínico para a segurança do paciente no ambiente hospitalar: revisando a literatura291

Fernanda Souza Freires
Pedro Henrique Froes Costa
Thiara Lorena bezerra da Silva Oliveira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.28

Organizadora.....301

Índice Remissivo302

Apresentação

Prezados leitores,

É uma enorme alegria apresentar o livro “Ciências da Saúde: conceitos, práticas e relatos de experiência”. No presente livro, estão publicados capítulos que abrangem variadas temáticas que evidenciam a complexidade e interdisciplinaridade de atuação e especialidades em Saúde, bem como a importância da equipe multiprofissional e das experiências dos profissionais de saúde de todas as áreas. Nesse conjunto de vinte e sete capítulos estão abrangidas as atuações de Enfermeiros, Farmacêuticos, Odontólogos, Profissionais de Estética, Médicos, Biomédicos, Fisioterapeuta, Anatomistas, Radiologistas, Epidemiologistas, Psicólogos, Professores da área da Saúde, Gestores em Saúde.

Essas diversas especialidades também se integram nas temáticas dos capítulos, em que muitos dos estudos aqui presentes se aproximam e se complementam. Na prática da Enfermagem, que é fundamental para assistência e para o cuidado em saúde, os cuidados paliativos, o tratamento de doenças raras e graves, se destaca em quatro capítulos. Que possuem interface com outros dois que se dedicam a refletir sobre o profissionalismo na Enfermagem, a valorização e os processos de trabalho desses profissionais. Na atenção farmacêutica temos cinco capítulos abordando desde os perigos da automedicação em idosos, os fitoterápicos, a importância dos fármacos na oncologia, medicamentos para tratamento psicológico, assim como protocolos para evitar erros na administração medicamentosa.

Assuntos gerais e de grande importância para área da saúde são expostos em seis capítulos, que integram a pluralidade, a diversidade e a responsabilidade dos profissionais são abordadas e de interesse para a população em geral, como: Humanização na assistência em saúde, desafios éticos da atualidade, responsabilidade civil na medicina, atendimento a grupo vulneráveis e pessoas com deficiência, e especificidades etnico-raciais.

A Biossegurança em processos e assistência em saúde, tanto com relação ao paciente, como no que se refere à equipe multiprofissional, assim como o acolhimento em UTI também são assuntos que se integram e são abordados em três capítulos.

Os demais oito capítulos, não menos importantes, abordam questões atuais e avanços científicos na área de estética, cuidados neonatais e com as gestantes, ensino de anatomia, percepção viso-motora, e a ainda necessária abordagem à Covid no registro de boas práticas para contorno de crises pandêmicas.

Este livro certamente é fonte de informação útil, construída por especialistas da área com muita qualidade. Conhecimento relevante para todos os interessados na área da saúde. Parabéns aos autores pelo excelente trabalho e agradeço a todos que contribuíram para a realização deste projeto.

Boa leitura!

Prof.^a Dr.^a Gabriela Eyng Possolli

Capítulo

01



Responsabilidade civil no erro médico

Caio Matheus Cintra Moreira

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.1

RESUMO

Este trabalho possui como principal objetivo a exposição da responsabilidade civil dos médicos ao cometerem um erro, é certo que, como em toda profissão, o médico, após a sua formação na universidade, inicia o exercício da profissão médica, ficando sujeito, e sendo responsável, pelos erros que comete. Contudo, há uma discussão a respeito de qual responsabilidade o médico estará sujeito, uma vez que há uma grande discussão a respeito da relação entre médico/paciente ser, ou não, uma relação consumerista, uma vez que a relação entre médico/paciente em um hospital é entendida como uma relação de prestação e serviços em virtude da autonomia do médico. Por fim, através da análise bibliográfica de obras que abordam sobre o tema responsabilidade civil, o presente trabalho abordará a respeito da responsabilidade civil e criminal do médico e suas modalidades, objetiva, quando há responsabilidade independentemente da existência de culpa, e subjetiva, quando a responsabilidade é caracterizada apenas mediante a existência de culpa do médico, especificando em qual das modalidades se encaixará o médico no caso de cometer um erro, concluindo que o médico possui apenas responsabilidade civil em relação ao meio, ou seja, em empregar todas as técnicas e métodos possíveis, e permitidos por lei, para que se consiga o melhor tratamento para o paciente, não respondendo pelo resultado que o paciente apresentará após a realização do tratamento.

Palavras-chave: responsabilidade civil. responsabilidade criminal. erro médico. responsabilidade subjetiva. culpa.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo, através de análises bibliográficas a respeito de responsabilidade civil e direito médico, trazer a relação da responsabilidade civil no caso de erro médico, mostrando que, assim como as demais profissões, os médicos também estão sujeitos a um regulamento que deve seguir, assim como as demais legislações brasileiras que abordam o tema de responsabilidade civil, como sendo o caso do Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor.

Primeiramente será abordado a responsabilidade civil, como se configura a responsabilidade civil, quais são seus requisitos e para configuração, assim como as suas espécies, responsabilidade civil objetiva e responsabilidade civil subjetiva. Para haver a responsabilidade civil deve-se observar o erro do médico juntamente com os elementos necessários para a configuração do ato ilícito, na qual, uma vez havendo culpa, o profissional da saúde poderá ficar sujeito as responsabilidades e sanções prevista no ordenamento jurídico brasileiro.

Adiante será aborda a responsabilidade civil, desde a sua ideia inicial até a forma como é utilizada atualmente no ordenamento brasileiro, assim com a relação entre médico/paciente, qual a responsabilidade civil que o profissional da medicina está sujeito em exercer a sua função, assim como qual a relação triangular entre médico/paciente/hospital.

Atualmente, com a facilidade da comunicação, internet e redes sociais, a população brasileira tem tomado muito conhecimento a respeito de casos nos quais houverem erros médico, muitos deles saindo impune, sendo que muitos desses erros não é tomado conhecimento do público em razão de serem coisas sutis. Contudo, há também os erros grosseiros, como ampu-

tações de membros errados, esquecimentos de gaze dentro dos corpos dos pacientes e erros de medicação.

Assim, mediante os fatos narrados acima a responsabilidade civil é algo que vem sendo aprimorado com o surgimento de novas modalidades, uma vez que se iniciou com algo muito arcaico, sendo originada na vingança privada.

RESPONSABILIDADE CIVIL E SUAS ESPÉCIES

Nos primórdios da humanidade não havia responsabilidade, o que existia nas antigas civilizações era apenas uma ideia de vingança, sendo o primeiro tipo de vingança a vingança coletiva, no qual um grupo se voltava contra o agressor motivados pela ofensa realizada a um de seus membros. “Historicamente, nos primórdios da civilização humana, dominava a vingança coletiva, que se caracterizava pela reação conjunta do grupo contra o agressor pela ofensa a um de seus componentes.”¹

Com o passar do tempo a vingança realizada de modo coletivo deu lugar para a realizada de forma privada, sendo caracterizada por causar um dano posterior à parte que causou o dano originário, sendo utilizado como “lei” de responsabilidade civil o Código de Hamurabi, que consistia em causar a outrem o mesmo dano que me foi causado, dando origem a lei de Talião, a qual possui o famoso jargão “olho por olho, dente por dente”.

A lei de Talião foi extremamente revolucionária, uma vez que colocou proporção na vingança privada, o que anteriormente era completamente desproporcional, limitando o dano que será causado a ser causado na mesma intensidade e similar ao dano original.

Posteriormente evoluiu para uma reação individual, isto é, vingança privada, em que os homens faziam justiça pelas próprias mãos, sob a égide da Lei de Talião, ou seja, da reparação do mal pelo mal, sintetizada nas fórmulas “olho por olho, dente por dente”, “quem com ferro fere, com ferro será ferido”. Para coibir abusos, o poder público intervinha apenas para declarar quando e como a vítima poderia ter o direito de retaliação, produzindo na pessoa do lesante dano idêntico ao que experimentou.²

A vingança privada anterior à Talião não trazia nenhum tipo de benefício à sociedade, enfatizando apenas o desejo de retribuição da vítima, contudo, não era capaz de reparar a situação, apenas prejudicaria ambas as partes.

Após o período de Talião, seguiu a Lei das XII Tábuas, sendo criada no Império Romano, um momento em que a sociedade já reconhecia que havia uma figura de autoridade similar ao Estado nos dias atuais. Desta forma chegou-se à conclusão de que reparar o dano mediante prestação em pecúnia seria muito mais benéfico a ambas as partes, uma vez que a retaliação existente em razão da lei de Talião não era benéfica para nenhuma das partes, apenas causando um duplo dano às partes.

A responsabilidade não abrange apenas a responsabilidade civil, sendo também responsável pela responsabilidade penal. A responsabilidade penal consiste no agente cometer um ato ilícito no qual lesa os deveres de cidadão em relação a sociedade, resultando em um dano social, ou seja, infração de uma norma penal, sendo que a única forma de reparação é o cumprimento

¹ DINIZ, Maria H. *Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil*. São Paulo: Saraiva, v. 7, 2022, p. 14. E-book. ISBN 9786555598650. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555598650/>. Acesso em: 29 out. 2022.

² *Ibidem*.

da pena imposta na lei aos sujeitos que a quebrarem, enquanto a responsabilidade civil é derivada de um dano a terceiro em situações que não ocorra a quebra de uma norma penal, conforme expõe Maria Helena Diniz.

Enquanto a responsabilidade penal pressupõe uma turbação social, ou seja, uma lesão aos deveres de cidadãos para com a ordem da sociedade, acarretando um dano social determinado pela violação da norma penal, exigindo para restabelecer o equilíbrio social investigação da culpabilidade do agente ou o estabelecimento da antissociabilidade do seu procedimento, acarretando a submissão pessoal do agente à pena que lhe for imposta pelo órgão judicante, tendendo, portanto, à punição, isto é, ao cumprimento da pena estabelecida na lei penal, a responsabilidade civil requer prejuízo a terceiro, particular ou Estado.³

A responsabilidade civil decorre do dano à propriedade privada, isto significa que em razão de haver sido dano à propriedade privada é possível que as partes indenizem uma a outra. A parte causadora do dano tem a opção de reparar o dano que fez, quando é possível, ou indenizar a parte lesa mediante o pagamento de uma quantia em dinheiro, sendo que em ambas as formas o prejuízo será compensado e não haverá mais o que se pedir em relação aos danos causados em razão do ato ilícito cometido pelo agente causador

Para Carlos Roberto Gonçalves, a palavra “responsabilidade” tem origem no latim *respondere*, o que dá fim a ideia de que seria uma segurança, uma garantia, de restituição da propriedade danificada, acaba-se com a certeza de compensação à parte lesada do que lhe foi danificado, contudo, nasce a obrigação de restituição e ressarcimento do mesmo⁴. Para Caio Mario da Silva Pereira utiliza o conceito exposto por Giorgio Giorgi, no qual conceitua que responsabilidade civil com sendo a “obrigação de reparar mediante indenização quase sempre pecuniária, o dano que o nosso fato ilícito causou a outrem”⁵.

Mediante as definições expostas, conforme ensinado por Maria Helena Diniz, entende-se que a responsabilidade civil tem como função garantir ao lesado segurança e o direito de ressarcimento do que lhe foi danificado em razão do ato ilícito de terceiros.

Visa, portanto, garantir o direito do lesado à segurança, mediante o pleno ressarcimento dos danos que sofreu, restabelecendo-se na medida do possível o status quo ante. Logo, o princípio que domina a responsabilidade civil na era contemporânea é o da restitucio in integrum, ou seja, da reposição completa da vítima à situação anterior à lesão, por meio de uma reconstituição natural, de recurso a uma situação material correspondente ou de indenização que represente do modo mais exato possível o valor do prejuízo no momento de seu ressarcimento, respeitando assim, sua dignidade.⁶

A responsabilidade civil, na maioria das vezes, no ordenamento brasileiro, deriva da culpa existente do ato do causador do dano, para haver responsabilidade civil é necessário que haja um nexo de causalidade somado com a ocorrência de um evento danoso, caso não haja um nexo de causalidade ou um evento danoso não haverá responsabilidade civil, podendo até mesmo configurar um mero ato de aborrecimento. Culpa é a falta da inobservância, do cuidado que seria demandado em determinada situação, em razão da negligência, imprudência ou imperícia. A negligência corresponde ocorre quando alguém deixa de tomar uma atitude que era esperada em razão da situação em questão, agindo com descuido, um exemplo é um policial que deixa

3 DINIZ, Maria H. *Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil*. São Paulo: Saraiva, v. 7, 2022, p. 18. E-book. ISBN 9786555598650. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555598650/>. Acesso em: 29 out. 2022.

4 PEREIRA, Caio Mario da S. *Responsabilidade Civil*. 12. ed. São Paulo: Grupo GEN, 2018, p. 12. E-book. ISBN 9788530980320. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530980320/>. Acesso em: 29 out. 2022.

5 GONÇALVES, Carlos R. *Direito civil brasileiro - responsabilidade civil*. São Paulo: Saraiva, v. 4, 2021. E-book. ISBN 9786555590500. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555590500/>. Acesso em: 29 out. 2022.

6 DINIZ, Maria H., *op. cit.*, p. 13.

uma arma carregada ao alcance de uma criança.

A imprudência deriva de uma ação precipitada, que ocorreu sem cautela, sendo o típico exemplo um motorista que dirige em alta velocidade e em detrimento desta atitude acaba atropelando um cidadão. Por fim, a imperícia decorre de uma falta de habilidade, falta de aptidão, e qualidade técnica, sendo um exemplo o médico que realiza uma cirurgia plástica sem ter o conhecimento necessário para tal.

No âmbito civilista existem dois tipos de prejuízos que um sujeito pode causar a outro, sendo estes o dano material e o dano moral. O dano material, como o próprio nome já menciona, é o dano causado aos bens materiais de outrem, desta forma o ato danoso, sendo um ótimo exemplo uma batida entre dois ou mais veículos. Um dos motoristas comete um ato de negligência, imprudência ou imperícia, e esta ação resultou no mesmo colidindo com o carro que está a sua frente. Deste modo, por haver nexos de causalidade somado com o dano causado a terceiro, houve dano material, devendo o causador reparar a vítima por danificar seu patrimônio.

Enquanto o dano material causa dano ao patrimônio alheio, o dano moral é totalmente ao contrário. Conforme os ensinamentos de Carlos Roberto Gonçalves:

Dano moral é o que atinge o ofendido como pessoa, não lesando seu patrimônio. É lesão de bem que integra os direitos da personalidade, como a honra, a dignidade, a intimidade, a imagem, o bom nome etc., como se infere dos arts. 1º, III, e 5º, V e X, da Constituição Federal, e que acarreta ao lesado dor, sofrimento, tristeza, vexame e humilhação⁷.

Ainda, Orlando Gomes define que a expressão “dano moral” somente deve ser utilizada quando não há relação com âmbito patrimonial, uma vez que ao envolver patrimônio não se caracteriza mais dano moral, mas sim dano matéria:

Para Orlando Gomes, “a expressão ‘dano moral’ deve ser reservada exclusivamente para designar o agravo que não produz qualquer efeito patrimonial. Se há consequências de ordem patrimonial, ainda que mediante repercussão, o dano deixa de ser extrapatrimonial” (OBRIGAÇÕES, n. 195, p. 332 *apud* GONÇALVES, 2021, p. 159).⁸

O dano moral deve ser reparado de forma proporcional ao agravo, isto é, deve-se buscar que reparação no limite em que o dano foi causado. A própria Constituição Federal assegura à vítima o direito de indenização em razão da ocorrência do ato ilícito, seja este moral ou material⁹.

Deste modo, conforme ensina Sérgio Cavalieri:

Dano moral seria aquele que não tem caráter patrimonial, ou seja, todo dano não material. Segundo Savatier, dano moral é qualquer sofrimento que não é causado por uma perda pecuniária. Para os que preferem um conceito positivo, dano moral é dor, vexame, sofrimento, desconforto, humilhação – enfim, dor da alma.¹⁰

O código civil traz em seu artigo 927 que aquele que violar direito ou causar prejuízo a outrem fica obrigado a repará-lo, e ao se falar em matéria de direito civil a reparação é sempre monetária. Por se tratar de uma sociedade capitalista, o dinheiro faz a economia girar, desta

⁷ GONÇALVES, Carlos R. *Direito civil brasileiro - responsabilidade civil*. São Paulo: Saraiva, v. 4, 2021, p. 154. E-book. ISBN 9786555590500. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555590500/>. Acesso em: 29 out. 2022.

⁸ *Ibidem*.

⁹ “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem; [...]” (BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 06 nov. 2022).

¹⁰ CAVALIERI FILHO, Sergio. *Programa de Responsabilidade Civil*. São Paulo: Grupo GEN, 2011, p. 127. E-book. ISBN 9786559770823. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559770823/>. Acesso em: 01 nov. 2022.

forma, o modo mais “justo” de se reparar alguém é uma reparação pecuniária, sendo esta proporcional ao prejuízo causado pelo autor do dano, não tendo necessariamente que haver dolo, sendo a culpa, muitas vezes o suficiente para gerar a necessidade de reparação à vítima.¹¹

Após estes dispositivos fica claro que frustração e mero aborrecimento não se caracterizam como dano moral, uma vez que fazem parte do cotidiano do ser humano e não são duradouras a ponto de abalar substancialmente o equilíbrio psicológico do sujeito. Assim decidiu o Tribunal de Justiça de São Paulo (“TJSP”) na não configuração de danos morais ao julgar uma apelação na qual o apelante pleiteava indenização de danos morais pela cobrança em duplicidade da quantia de R\$ 45,33 (quarenta e cinco reais e trinta e três centavos) e demora do estorno do valor pago. Os julgadores entenderam que, apesar de haver a duplicidade do pagamento e ter ocorrido a demora da devolução do valor pago em duplicidade, o apelante não faz jus a indenização em razão de meros dissabores e aborrecimento não configurarem lesão moral.¹²

A teoria clássica da responsabilidade civil era denominada “teoria da culpa” em razão de seu caráter obrigatório para configuração de responsabilidade civil, sendo esta nomeada como responsabilidade subjetiva, uma vez que a responsabilização em detrimento do dano não é algo certo de que acontecerá.

Em face da teoria clássica, a culpa era fundamento da responsabilidade. Esta teoria, também chamada de teoria da culpa, ou “subjetiva”, pressupõe a culpa como fundamento da responsabilidade civil. Em não havendo culpa, não há responsabilidade.

Diz-se, pois, ser “subjetiva” a responsabilidade quando se esteia na ideia de culpa. A prova da culpa do agente passa a ser pressuposto necessário do dano indenizável. Dentro desta concepção, a responsabilidade do causador do dano somente se configura se agiu com dolo ou culpa.¹³

A configuração da culpa, no caso da responsabilidade subjetiva, ocorre mediante uma ação de negligência, imprudência ou imperícia do agente, devendo o causador do ato ilícito indenizar a vítima, mesmo que o dano tenha ocorrido exclusivamente de caráter moral.

A responsabilidade civil subjetiva está completamente ligada a existência ou não da culpa no sentido lato sensu, quando comprovada a culpa do causador do agente, o fato passa a ser um fato de caráter indenizatório, devendo ser indenizado monetariamente, sendo assim, o agente só deverá indenizar a vítima se for comprovado que o mesmo agiu com culpa ou dolo no fato causador do dano.

O artigo 186 do Código Civil que o sujeito que causar dano a alguém, seja por negligência, imprudência ou imperícia está cometendo ato ilícito, e ao cometer ato ilícito este deve reparar o sujeito que sofreu o dano, mesmo que este seja exclusivamente de caráter moral.¹⁴

11 “Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem” (BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2022. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 06 nov. 2022).

12 “Apelação Cível. Ação indenizatória por danos materiais e morais. Sentença de parcial procedência. Apelo do autor. Cobrança em duplicidade por compra realizada em supermercado. O mero dissabor e o inegável aborrecimento vivenciados pela cobrança em duplicidade da quantia de apenas R\$ 45,33 e a demora no estorno não se confundem com lesão moral indenizável. Não verificada a ocorrência de abalo moral intensamente desgastante sujeito à indenização pretendida. Danos morais não evidenciados. Apelação não provida” (TJSP. Apelação Cível 1001358-07.2019.8.26.0005. Relator (a): Morais Pucci. Órgão Julgador: 35ª Câmara de Direito Privado. Foro Regional V - São Miguel Paulista - 3ª Vara Cível. Data do Julgamento: 31 out. 2022. Data de Registro: 31 out. 2022).

13 GONÇALVES, Carlos R. Responsabilidade civil. São Paulo: Saraiva, 2022. E-book. ISBN 9786553620056. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553620056/>. Acesso em: 01 nov. 2022.

14 “Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” (BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2022. Institui o Código Civil. Brasília,

O código Civil, apesar de haver diversas situações que abordam a responsabilidade civil como objetiva, fixou-se como regra a utilização da responsabilidade civil subjetiva. Caio Mário da Silva Pereira, traz esse conceito da seguinte forma:

[...] o Código Civil, ao mesmo tempo que edita a regra geral da reparação, indica o seu fundamento. O art. 1.382 visa a “qualquer fato do homem como suscetível de acarretar uma responsabilidade”, mas acrescenta que somente é obrigado aquele por cuja culpa o dano aconteceu. Resumindo numa frase o conceito, sentencia: “É a culpa que é a fonte da responsabilidade”.¹⁵

Carlos Roberto Gonçalves vai no mesmo caminho supracitado por Caio Mario da Silva Pereira:

O Código Civil brasileiro filiou-se à teoria “subjetiva”. É o que se pode verificar no art. 186, que erigiu o dolo e a culpa como fundamentos para a obrigação de reparar o dano. Espínola, ao comentar o dispositivo correspondente a este no Código Civil de 1916, teve estas palavras: “O Código, obedecendo à tradição do nosso direito e à orientação das legislações estrangeiras, ainda as mais recentes, abraçou, em princípio, o sistema da responsabilidade subjetiva”.¹⁶

Enquanto a responsabilidade civil subjetiva precede na necessidade de existência de culpa do agente, o código civil também traz a responsabilidade legal, que também é denominada como responsabilidade objetiva. A responsabilidade objetiva é a ocorrência da existência de responsabilidade mesmo sem a existência de culpa ou dolo, deste modo, de acordo com a teoria da responsabilidade civil objetiva, todo dano, independentemente da existência de culpa deve ser indenizável, devendo ser reparado pelo agente que está ligado ao dano em razão da existência de nexo de causalidade.

Nos casos de responsabilidade objetiva, não se exige prova de culpa do agente para que seja obrigado a reparar o dano. Ela é de todo prescindível, porque a responsabilidade se funda no risco.

A classificação corrente e tradicional, pois, denomina objetiva a responsabilidade que independe de culpa. Esta pode ou não existir, mas será sempre irrelevante para a configuração do dever de indenizar. Indispensável será a relação de causalidade, entre a ação e o dano, uma vez que, mesmo no caso de responsabilidade objetiva, não se pode responsabilizar quem não tenha dado causa ao evento.¹⁷

Maria Helena Diniz ainda complementa o entendimento de Carlos Roberto Gonçalves a respeito da ausência de culpa na responsabilidade civil objetiva: “Hoje, pelos arts. 932, I a III, 933, 734 e 750, tais pessoas, mesmo que não haja culpa de sua parte, responderão pelos atos praticados por terceiros, consagrando-se a responsabilidade civil objetiva.”¹⁸

A responsabilidade objetiva é muito utilizada nas relações de negócios e de consumo, sendo um grande exemplo disso a relação entre as instituições financeiras e os clientes. As instituições financeiras, em razão de sua força e da atividade que exercem, são responsáveis objetivamente pelos danos que são gerados em razão de um caso fortuito interno, como **fraudes e outros delitos que são praticados por terceiros**. Neste caso de relação de consumo, caso DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 06 nov. 2022).

15 PLANIOL; RIPERT; BOULANGER, 1946, apud PEREIRA, Caio Mario da S. *Responsabilidade Civil*. 12. ed. São Paulo: Grupo GEN, 2018, p. 41. E-book. ISBN 9788530980320. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530980320/>. Acesso em: 02 nov. 2022.

16 GONÇALVES, Carlos R. *Responsabilidade civil*. São Paulo: Saraiva, 2022, p. 33. E-book. ISBN 9786553620056. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553620056/>. Acesso em: 02 nov. 2022.

17 Ibidem, p. 32.

18 DINIZ, Maria H. *Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil*. São Paulo: Saraiva, v. 7, 2022, p. 15. E-book. ISBN 9786555598650. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555598650/>. Acesso em: 02 nov. 2022.

houvesse apenas a responsabilidade civil subjetiva, os consumidores nunca seriam indenizados nos casos de fraudes, em razão da não existência de culpa ou dolo das instituições financeiras. Desta forma, a responsabilidade civil objetiva protege o consumidor, conforme entendimento do Superior Tribunal de Justiça: “As instituições financeiras respondem objetivamente pelos danos gerados por fortuito interno relativo a fraudes e delitos praticados por terceiros no âmbito de operações bancárias.”¹⁹

O ponto central no que se refere à responsabilidade civil ser objetiva ou subjetiva não corresponde a qual tipo de responsabilidade civil se deve ou escolher, mas sim se deve utilizar os dois modos, conjugando-os e dinamizando-os, utilizando a responsabilidade civil subjetiva como norma, uma vez que o agente deve ser responsabilizado de acordo com a sua ação ou omissão, seja esta dolosamente ou culposamente. Contudo, a utilização da responsabilidade civil subjetiva como norma não exclui a utilidade da responsabilidade civil objetiva, a qual é mais utilizada à estrutura dos negócios.

RESPONSABILIDADE CIVIL NO ERRO MÉDICO

A medicina é a forma pelo qual o médico consegue tratar as diversas enfermidades do cidadão. É certo que o principal sentido da medicina é a busca pela saúde do paciente, uma vez que o emprego da medicina faz com que seja possível a sobrevivência do paciente em frente a diversos problemas de saúde.

Dito isso, a única forma de exercer a profissão é com extrema excelência, uma vez que o erro de um médico, em diversos casos, além de ficar sujeito a sanções administrativas, cíveis e penais, pode também acarretar na morte do paciente em razão do erro cometido pelo médico.

Conforme presente no dicionário Aurélio, a palavra medicina tem como significado “Arte e ciência de diagnosticar as doenças, preveni-las e tratá-las”, deste modo, cabe ao médico zelas e trabalhar pelo feito ético da medicina, prestígio e bom conceito da profissão, tendo como alvo de sua atenção a saúde do ser humano, agindo com total zelo, sendo os princípios fundamentais da medicina de acordo com o Código de Ética de Medicina.

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

III - Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Para exercer a profissão da medicina, o médico tem a necessidade de possuir conhecimento acerca dos princípios fundamentais presentes no Código de Ética de Medicina, assim como seu deveres e obrigações, sendo indispensável o diploma de medicina em uma universidade que seja reconhecida pelo Departamento de Saúde Pública, além disso deve respeitar as regras presentes no Conselho de medicina, devendo tirar o seu registro no Conselho Regional

¹⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (STJ). Súmula 479. Data de Julgamento: 27 jun. 2012, Dje 01 ago. 2012. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/sumstj/toc.jsp?livre=%27479%27.num.&O=JT>. Acessado em: 29 out. 2022.

de Medicina – CRM, uma vez que é condicional ao exercício da profissão, conforme presente no artigo 17 da Lei nº 3.268/1957 – Conselho de Medicina.

Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a Medicina, em qualquer de seus ramos de especialidade, após o prévio registro de seus diplomas, certificados ou cartas do Ministério da Educação e Cultura, e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Apesar de todos esses regulamentos presentes para o exercício da medicina, o médico ainda está sujeito ao artigo 15 do Código Civil, o qual diz que o médico possui o dever de informação, sendo responsável pelas informações que busca do paciente, devendo sempre informar o paciente de seus estado, de modo claro e que seja de sua total compreensão, assim como estágio da doença e formas de tratamento da mesma, conforme previsto no artigo 6º, inciso III do Código de Defesa do Consumidor.

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

[...]

III – a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem.

Além do dever de informação, o médico também possui a obrigação de coletar o consentimento do paciente para que seja realizado o tratamento da respectiva enfermidade presente pelo cliente, podendo responder civilmente pela realização do tratamento sem a anuência da vítima, conforme julgado do Tribunal de Justiça de São Paulo no qual foi configurada responsabilidade civil subjetiva ao médico em virtude da realização do tratamento da doença sem a coleta do consentimento do paciente, sendo, o médico, obrigado a indenizar o paciente por ter realizado uma cirurgia, mesmo que posteriormente necessária, sem o consentimento do paciente, visto que a cirurgia não poderia ter acontecido sem a prévia anuência do mesmo.²⁰ Deste modo, entende-se que é de extrema importância que a comunicação existente entre médico e paciente seja o mais clara possível, devendo sempre o médico dar o diagnóstico ao paciente de forma clara, fornecendo ao mesmo todas as informações, assim como dar ao paciente o poder de escolha a respeito da realização ou não do tratamento, assim como a possibilidade de escolha entre as várias formas de tratamento presentes para se tratar de uma mesma doença, tudo isso sob pena de responder civilmente.

Conforme dito anteriormente, toda relação jurídica que resulte em dano gera responsabilidade, seja esta responsabilidade civil ou responsabilidade, surgindo a obrigação de ressarcimento e reparação do que foi lesado, tornando a relação entre os agentes novamente equilibrada. Contudo, não se deve confundir os conceitos de obrigação com responsabilidade, no qual, segundo Carlos Roberto Gonçalves “obrigação é sempre um dever originário; enquanto responsabilidade é um dever jurídico sucessivo, conseqüentemente à violação do primeiro” (GOLÇALVES, 2022, p. 8).

No caso de responsabilidade médica, esta pode ocorrer por imprudência, negligência ou imperícia, na qual, independente do que resultou o ato ilícito, haverá a obrigação de ressarcimento em virtude dos erros cometidos. No caso de trabalho médico pode haver responsabilidade civil tanto jurídico quanto moral, sendo no campo jurídico correspondente a área penal e civil,

²⁰ TJSP – Apelação Cível nº 000137-38.2003.8.26.0596. Processo nº000137-38.2003.8.26.0596. 8ª Câmara de Direito Privado, rel. Mônica de Carvalho. jul.14.05.2018. publ. 14.05.2018.

sendo penal quando o médico infringir uma lei, ou no caso de responsabilidade civil no caso do indivíduo se sentir ofendido.

Todas as ilicitudes realizadas por médicos que não se encaixam nos parâmetros das Ciências Médicas poderão ser puníveis civilmente e criminalmente, podendo a vítima oferecer denúncias no Conselho Federal de Medicina, Delegacia de Polícia e Ministério Público. Na mesma direção de pensamento a respeito da obrigação de reparação está Maria Helena Diniz, onde disserta:

Com base nessas considerações poder-se-á definir a responsabilidade civil como a aplicação de medidas que obriguem alguém a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros em razão de ato do próprio imputado, de pessoa por quem ele responde, ou de fato de coisa ou animal sob sua guarda ou, ainda, de simples imposição legal (DINIZ, 2022, p. 23)

Ou seja, o profissional da saúde que cometer uma falha profissional será responsável por arcar com as consequências dos atos lesivos que cometeu, seja criminalmente ou civilmente, de acordo com a natureza de seu ato lesivo. Contudo, o erro médico pode ser considerado como uma falha no exercício de sua profissão, o que resulta em um resultado adverso do que se era esperado pelo paciente, podendo muitas vezes resultar no óbito do paciente.

Há diversas teses a respeito da responsabilidade civil no erro médico. O Código Civil e Código de Defesa do Consumidor trazem a tese de que a relação médico/paciente é uma relação contratual, sendo que ao não se conseguir curar um paciente ocorre um inadimplemento da parte do médico com o cliente, visto que o resultado não fora alcançado, assim como a relação entre médico/paciente pode ser caracterizada como uma relação de prestação de serviços, se encaixando no Código de Defesa do Consumidor, uma relação de consumo na qual o hospital é o prestador de serviço e o paciente o consumidor. Contudo, apesar de haver uma relação contratual, a incidência de culpa dependerá dos meios utilizados pelo médico para se chegar ao resultado esperado, logo é de extrema dificuldade, para leigos, notar quando ocorre um erro médico, com exceção dos erros grosseiros.

Contudo, a principal tese utilizada no caso da relação médico/paciente é a tese de 'meio', no qual importa ao médico fazer todo o possível para tentar chegar ao resultado de curar o paciente, entretanto a sua responsabilidade não está atrelada ao resultado obtido. Sendo assim, cabe ao médico a utilização dos meios e procedimentos corretos para que possa atingir o resultado final de cura do paciente, entretanto, caso este não seja atingido não será sua culpa e não terá responsabilidade sobre isto, desde que não tenha realizado nenhum ato ilícito, restando culpa ao médico no caso de imprudência, negligência e imperícia, conforme previsto no artigo 951 do Código Civil, conforme se lê abaixo:

Art. 951. O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

Sendo assim, a responsabilidade civil no erro médico se caracteriza apenas na ocorrência de culpa, o que caracteriza como responsabilidade subjetiva, sendo necessária a comprovação de culpa por parte do médico. Contudo, a responsabilização do médico se inicia desde o momento da consulta do paciente, ficando sujeito à responsabilidade por qualquer erro que tenha cometido, como por exemplos diagnósticos errados, dosagens erradas de remédio, proce-

dimentos errados, todo procedimento que venha a causar um dano ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi exposto no estudo em questão, percebe-se que o médico pode ser responsabilizado por seu erro tanto na esfera cível quanto na esfera criminal. Médicos são profissionais autônomos que exercem a medicina de acordo com o desejo do paciente, desta forma é totalmente responsável pelo erro que comete em qualquer um que seja o procedimento realizado pelo mesmo.

A relação entre médico e paciente será sempre um risco para o próprio paciente em razão da sua vulnerabilidade e situação de enfermidade, sendo que na maioria das vezes trata-se de uma relação contratual entre médico e paciente no caso deste atendê-lo em seu consultório, contudo, há situações que são também extracontratuais, caso em que o médico precisa agir mesmo sem a anuência da vítima para salvar a sua vida.

No caso da relação entre médico/paciente/hospital, o médico é um prestador de serviço, devendo exercer com maestria o seu ofício, uma vez que em razão de um erro médico o paciente pode ter a sua vida alterada para sempre, como é o caso de ter um membro de seu corpo amputado.

Todavia, o médico possui apenas responsabilidade de meio, ou seja, a sua obrigação é em empregar todas as medidas cabíveis para que se cure a enfermidade do paciente, não ficando responsável pelo resultado que o paciente irá apresentar, desde que realizado todos os procedimentos de forma correta.

No caso de o médico não realizar estes procedimentos de maneira correta, agindo com negligência, imprudência ou imperícia, este ficará sujeito a ter de reparar o dano causado ao paciente, o que implica a responsabilidade subjetiva, uma vez que apenas será responsável se confirmado a presença de um ato ilícito, tendo nexos causal, dano e culpa em suas ações, significando que não serão todos os erros que acarretarão em responsabilidade do médico em face do paciente, devendo os mesmos serem analisados de forma isolada para apenas após confirmada a empregabilidade da culpa responsabilizar o médico pelo seu erro.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Autoridade Nacional de Tratamento de Dados Pessoais. Guia Orientativo para Definições dos Agentes de Tratamento de Dados Pessoais e do Encarregado. Brasília, DF, mai. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/assuntos/noticias/inclusao-de-arquivos-para-link-nas-noticias/2021-05-27--guia-agentes-de-tratamento_final.pdf. Acesso em 03 jun. 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao..htm. Acesso em: 06 nov. 2022.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2022. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada..htm. Acesso em: 06 nov. 2022.

CAVALIERI FILHO, Sergio. Programa de Responsabilidade Civil. São Paulo: Grupo GEN, 2011. E-book. ISBN 9786559770823. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559770823/>. Acesso em: 01 nov. 2022.

DINIZ, Maria H. Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil. São Paulo: Saraiva, v. 7, 2022. E-book. ISBN 9786555598650. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555598650/>. Acesso em: 29 out. 2022.

GONÇALVES, Carlos R. Direito civil brasileiro v 4 - responsabilidade civil. Editora Saraiva, 2021. E-book. ISBN 9786555590500. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555590500/>. Acesso em: 30 out. 2022.

PEREIRA, Caio Mario da S. Responsabilidade Civil. 12. ed. São Paulo: Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN 9788530980320. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530980320/>. Acesso em: 02 nov. 2022.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP). Apelação Cível 1001358-07.2019.8.26.0005. Relator (a): Moraes Pucci. Órgão Julgador: 35ª Câmara de Direito Privado. Foro Regional V - São Miguel Paulista - 3ª Vara Cível. Data do Julgamento: 31 out. 2022. Data de Registro: 31 out. 2022.



Atendimento odontológico aos pacientes HIV soropositivo/AIDS e a ética profissional

Dental care for HIV-seropositive/AIDS patients and professional ethics

Carina de Melo Ribeiro Lopes

Graduando em Odontologia do Ensino Superior do Centro Universitário São Lucas, 2023

Fernanda da Costa Menezes Marques

Saúde Pública com ênfase em PSF- 2017, pós graduação Docência do ensino superior Faculdade FOCUS-2022, pós MBA em Gestão de saúde Faculdade FOCUS-2022 e graduando em Odontologia do Ensino Superior do Centro Universitário São Lucas, 2023

João Pereira dos Santos Júnior

Ensino Superior do Centro Universitário São Lucas. Professor orientador

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.2

RESUMO

Este estudo discute o atendimento odontológico de pacientes com HIV, destacando questões éticas e de biossegurança, devido muitos dentistas evitarem ou até mesmo se recusarem a tratar pacientes com HIV, aos riscos de biossegurança para o especialista, sua equipe e outros pacientes que posteriormente serão tratados. Portanto, optou-se por uma metodologia de pesquisa bibliográfica exploratória e qualitativa por meio de fontes secundárias tendo em vista, a importância de analisar a prática necessária no desenvolvimento deste método de tratamento no atendimento odontológico para pacientes com HIV, devido esta doença também se manifesta na boca podendo até se tornar um diagnóstico primário. Por consequência, em escritórios e universidades que formam novos especialistas, um projeto de treinamento deve ser lançado e o papel dos conselhos regionais e federais de odontologia deve ser fortalecido para explicar a atitude ética dos cirurgiões-dentistas em relação à infecção pelo HIV e AIDS.

Palavras-chave: odontologia. sorologia. imunização.

ABSTRACT

This study discusses the dental care of patients with HIV, highlighting ethical and biosafety issues, due to many dentists avoiding or even refusing to treat patients with HIV, the biosafety risks for the specialist, his team and other patients who will subsequently be treated. . Therefore, we opted for an exploratory and qualitative bibliographic research methodology through secondary sources in view of the importance of analyzing the necessary practice in the development of this method of treatment in dental care for patients with HIV, because this disease also manifests itself in the mouth and may even become a primary diagnosis. Consequently, in offices and universities that form new specialists, a training project must be launched and the role of regional and federal dental councils must be strengthened to explain the ethical attitude of dentists in relation to HIV infection and AIDS.

Keywords: dentistry. AIDS. serology. immunization.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os dentistas têm o dever de atender os pacientes soropositivos, mas ao mesmo tempo alertam que esses profissionais devem ter informações específicas sobre a doença, como suas manifestações bucais e também como a doença se espalha. Nesse sentido, segundo o Núcleo de Saúde do Espírito Santo (2017, p. 1), foi estabelecido que é importante que o cirurgião-dentista procure promover a prevenção em seu trabalho, com base em normas gerais de biossegurança, segundo o princípio de que qualquer pessoa pode ser portadora de doenças infecciosas.

Assim, o ponto de vista de Surya (2021, p.1) também se distingue pelo fato de que o obstáculo mais importante para ajudar pacientes com HIV costuma ser o preconceito e a falta de conhecimento, que, segundo o autor, mas o dentista deve usar essas barreiras para prevenir infecções amplamente conhecidas pelos profissionais.

Nesse sentido, é importante ressaltar que há um longo debate sobre o motivo pelo qual muitos dentistas não tratam ou evitam tratar pacientes HIV positivos. Muitos dizem que não permitem o tratamento por causa do risco de infecção, enquanto outros dizem que os pacientes restantes acabarão abandonando o tratamento quando descobrirem que o serviço em questão atende pessoas com HIV. Em resposta a este problema, é de salientar que existe um sólido procedimento de segurança para reduzir o risco de contágio para profissionais, funcionários e outros pacientes. Para tratar pacientes soropositivos é um dever, significa agir profissionalmente e seguir as regras éticas desta profissão e melhorar a qualidade de vida destes pacientes e até mesmo fazer um diagnóstico precoce desta doença, pois algumas lesões bucais são sintomas.

Portanto, para este tipo de trabalho, pretende-se levantar algumas questões relacionadas os profissionais da odontologia lidam com pacientes HIV positivos; como deve ser realizada a limpeza e desinfecção de um consultório que atende pacientes com HIV e lesões bucais desses pacientes. Por isso, definiu-se como problema de pesquisa a observação de conceitos da odontologia no tratamento de pacientes soropositivos, com o objetivo de analisar os riscos de transmissão deste vírus, lesões bucais e procedimentos de limpeza ambiental, questionando como os cirurgiões-dentistas devem comportar-se eticamente ao tratar pacientes HIV positivos.

Assim, o objetivo foi analisar as principais características das lesões bucais em pacientes soropositivos. Além de abordar medidas de segurança relacionadas ao atendimento desses pacientes, destacar características principais de lesões orais nesses pacientes e entender a questão ética dessa profissão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo utiliza análise quantitativa descritiva baseada em bibliografia como método para compreender conhecimento e comportamento relacionados ao HIV, atitudes, eficácia oral, biossegurança e discriminação. (PEREIRA *et al.*, 2018).

Os critérios para materiais incluídos neste estudo são os seguintes: artigos, livros sobre o atendimento odontológico de pacientes HIV positivos, escritos em português, texto acessível eletronicamente, publicados em um campo nacional. Foram analisadas 26 publicações, entre livros, periódicos e artigos, atendendo a critérios de inclusão e exclusão. Sites como Lilacs, Google Acadêmico, PubMed, Scielo (Scientific Electronic Library Online), BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações) e foram utilizados como buscadores.

REFERENCIAL TEÓRICO

A AIDS é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), um retrovírus e caracterizada por profunda imunossupressão levando a infecções oportunistas, tumores secundários e manifestações neurológicas (ROBBINS, 2010).

Segundo Carranza (2012), a doença é caracterizada por um grupo de sinais e sintomas que acompanham a diminuição do número de linfócitos CD4. Os linfócitos auxiliares T (células T4) são os mais afetados, mas monócitos, macrófagos, células de Langerhans e alguns neurônios e células cerebrais da gliais também podem estar envolvidos. A replicação viral ocorre ininterruptamente no tecido linforreticular dos gânglios linfáticos, baço, células linfóides associadas

ao intestino e macrófagos. Quanto mais a doença progride, mais ela afeta o sistema imunológico e, portanto, a capacidade do hospedeiro de se defender contra infecções.

O vírus HIV não tem capacidade de se reproduzir, por isso age como um parasita e invade as células do hospedeiro. Ele infecta todas as células do corpo que expressam o receptor CD4 em sua superfície, mas têm maior afinidade pelos linfócitos T do sistema imunológico. Assim, quando o vírus HIV se reproduz, causa uma depleção de células T, o que reduz a resistência do organismo às infecções (CORRÊA *et al.*, 2005).

Rachid e Schechter (2017) dizem que a infecção pelo HIV é dividida em três estágios, ou seja, o estágio agudo, também conhecido como síndrome de conversão sérica, o estágio assintomático e o estágio sintomático. Sem intervenções terapêuticas, a progressão média da fase aguda para a fase sintomática é de aproximadamente 10 anos e pode variar entre pacientes. O tratamento utiliza terapia antirretroviral (TARV), uma estratégia farmacológica destinada a restaurar o sistema imunológico e melhorar a qualidade de vida de pacientes infectados (MELO *et al.*, 2017).

Uma diminuição no número de linfócitos T CD circulantes é um importante indicador da resposta imune. Uma pessoa normal tem aproximadamente, 600 a 1.600 células/mm³ de sangue. Quando a contagem está entre 500 e 200 células/mm³, aparecem os primeiros sinais e sintomas de um sistema imunológico enfraquecido, como infecções oportunistas orais como candidíase oral, herpes. (CORRÊA *et al.*, 2005).

O controle terapêutico com medicamentos antirretrovirais mantém uma carga viral baixa e linfócitos T CD4+ suficientes, resultando em uma incidência reduzida de lesões orais, mantendo uma resposta imune, com menor suscetibilidade a infecções oportunistas (HARTMANN *et al.*, 2016).

A cavidade oral é uma barreira física e imunológica local que atua contra fatores patogênicos, mas pacientes imunossuprimidos podem apresentar alterações na cavidade oral, por isso é importante que o cirurgião-dentista esteja atento às doenças infecciosas e suas manifestações concomitantes. eles (Kim *et al.*, 2018).

Bioética no tratamento de pacientes com HIV

No Brasil, os serviços de saúde prestam atendimento integral a pacientes com tratamentos promocionais, preventivos, curativos e reabilitadores. O sistema de saúde está integrado para atender usuários primários, secundários e terciários (SILVA, 2011).

Pinheiros *et al.* (2005) relatam sobre ética em seu estudo que enfocou o tratamento de HIV/AIDS e acrescentam que visa destacar a importância do tratamento ético analisando suas características e estigma na sociedade. Devido a questões muito específicas, controversas e tendenciosas, a desenvolveu um código de ética para esses pacientes.

Desde o advento do HIV AIDS, uma série de questões éticas e legais surgiram na profissão odontológica. Mesmo com o estabelecimento de medidas de controle de infecção e direitos constitucionais a cuidados de saúde, atitudes começaram a surgir, como tratamento para o diagnóstico de HIV/AIDS. Vale ressaltar que tais atitudes são consideradas antiéticas e/ou discriminatórias e não refletem a natureza e finalidade da profissão (LIMA *et al.*, 2020).

Em 2014, em 2 de junho de 2011, a Presidente da República, Dilma Rousseff, aprovou a Lei nº 12.984, que define a discriminação contra pessoas portadoras do vírus da imunodeficiência (HIV) e portadoras de AIDS. 1º Constitui crime punível com pena de reclusão de 1 (um) a (quatro) anos e multa, seguintes condutas discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de AIDS, em razão da sua condição de portador ou de doente:

I - recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado;

II - negar emprego ou trabalho;

III - exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego;

IV - segregar no ambiente de trabalho ou escolar;

V - divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de aids, com intuito de ofender-lhe a dignidade;

VI - recusar ou retardar atendimento de saúde.

Biosegurança

A exposição ocupacional a materiais biológicos potencialmente contaminados é uma séria ameaça para os profissionais em seu local de trabalho. A pesquisa nesta área indica que os acidentes envolvendo sangue e outros fluidos corporais representam as exposições mais comumente relatadas. (MONTEIRO; RUIZ; PAZ, 1999; ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY, 1998; CARDO *et al.*, 1997; BELL, 1997; HENRY; CAMPBELL, 1995; CANINI *et al.*, 2002; JOVELEVITHS; SCHNEIDER, 1996).

Mesmo antes da disseminação do HIV, órgãos internacionalmente conhecidos como a American Dental Association (ADA) recomendavam medidas em odontologia para combater a infecção. Após a crise da AIDS, um forte movimento começou a implementar programas eficazes para controlar a disseminação de infecções cruzadas na área da saúde como um todo, com o objetivo de reduzir esses riscos. (CARMO; COSTA, 2001; DISCACCIATI; VILAÇA, 2001; SILVA; PATROCINIO; NEVES, 2002).

A introdução de medidas de biossegurança, uso de equipamentos de proteção individual, manuseio cuidadoso de materiais perfurocortantes, não cobrir agulhas contaminadas, colocá-las no local correto e ser atento e cuidadoso durante o procedimento contribui para a minimização de acidentes ocupacionais decorrentes do contato com material biológico (VILLA *et al.*, 2014).

As precauções a tomar por quem manuseia ou entra em contato com doentes, independentemente do diagnóstico presumido de infecção, aplicam-se não só ao sangue, mas também a todos os fluidos corporais, secreções, mucoso, com ou sem sangue visível. Elucir *et al.* (1998) essas precauções incluem:

I - Lavar as mãos antes e depois de tocar no doente e entre diferentes procedimentos no mesmo doente, após contato com sangue e outros fluidos corporais, ferramentas ou objetos contaminados e após retirar as luvas;

II - uso de luvas para formar uma barreira protetora e evitar a contaminação das mãos com sangue e outras lesões corporais;

III - uso de aventais limpos e não estéreis para proteger roupas e superfícies corporais sempre que se espera contaminação com sangue e outros fluidos corporais;

IV - Uso de máscara e protetor ocular, visando à proteção respectivamente do nariz, boca e olhos durante procedimentos e situações com pacientes onde é provável gerar jatos, respingos, etc., de fluidos corporais;

V - Proteção contra objetos perfurocortantes, no sentido de não reencapá-los após o uso, descartá-los em recipiente de paredes duras, próprio para o descarte e localizado o mais próximo possível do leito, não desconectar a agulha da seringa para desprezar.

VI - Equipamentos utilizados no tratamento de pacientes que contenham sangue e outros fluidos corporais devem ser manuseados com cuidado e necessitam ser limpos e/ou desinfetados antes de serem usados em outro paciente.

As infecções da corrente sanguínea são causadas pelo contato direto ou indireto com sangue e outros fluidos corporais. A saliva é um problema particular durante o tratamento odontológico, pois muitas vezes está contaminada com sangue. É preciso lembrar que mesmo que não consiga ver sangue na saliva do paciente, ainda pode estar lá. Instrumentos e equipamentos que não são totalmente desinfetados podem disseminar todas as doenças transmitidas pelo sangue (BORGES, 2014).

Falta de informação, medo e discriminação

Atualmente, essas considerações são alguns dos fatores que contribuem para o fracasso da intervenção ou do tratamento de pacientes com HIV/AIDS. No entanto, no cotidiano profissional dos cirurgiões-dentistas, é uma realidade atender pacientes soropositivos, principalmente considerando o grande número de pacientes acometidos por essa doença no mundo. Como os profissionais se recusam a atender pessoas com HIV, todos os aspectos são baseados em discriminação, medo de infecção acidental durante a cirurgia e falta de conhecimento sobre a doença (DISCACCIATI JAC *et al.*, 2009).

No entanto, deve-se notar que o Código de Ética Profissional trata tal discriminação como violação, de acordo com o artigo 11, que diz: Constitui violação ética: Discriminar pessoas sob qualquer forma ou pretexto. Profissionais deverão ser punidos por desrespeitarem as disposições deste Código de Ética (DISCACCIATI JAC *et al.*, 1999) e Para Discacciati (1999), a limpeza do ambiente é sem dúvida importante para que os pacientes que não estão doentes, sintam-se seguros durante a desinfecção e esterilização dos materiais.

Manifestações bucais da infecção pelo HIV

O espectro de manifestações orais causadas pela infecção pelo HIV é muito amplo e seu aparecimento depende, entre outras coisas, do grau de enfraquecimento imunológico, uso de drogas antirretrovirais, higiene oral (MARCENES E PANKHURST, 1998; AGUIRRE, 1999; BIRNBAUM *et al.*, 2002; DOBALIAN *et al.*, 2003). Podem ser causadas por infecções fúngicas, bacterianas e virais, além de processos neoplásicos e lesões idiopáticas (SOUZA *et al.*, 2000;

BRASIL, 2000).

Infecções bacterianas

O espectro de manifestações orais em pacientes infectados pelo HIV, especialmente aqueles com contagens de células T CD4+ abaixo de 300 células/mm³, são formas particularmente graves da doença periodontal (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2000).

- Eritema gengival linear: caracterizado por bandas eritematosas na gengiva marginal que podem se estender até a gengiva inserida. Promove sangramento durante a sondagem e vale ressaltar que a intensidade do eritema é desproporcional à quantidade de placa bacteriana (BRASIL, 2000).

Figura 1 – Eritematosa vermelha linear.



Fonte: Journal of Indian Academy of Oral Medicine & Radiology, 2019.
Nota: site para acessar o portal: <https://www.jiaomr.in/article.asp?issn=0972-1363;year=2019;volume=31;issue=4;spage=397;epage=400;aulast=Gupta>

- Gengivite ulcerativa necrosante (GUN): caracterizada por edema intenso, vermelhidão, sangramento espontâneo, presença de pseudomembrana e áreas em necrose. Além disso, o paciente se queixa de dor intensa, odor desagradável e a evolução do quadro é rápida (BRASIL, 2000).

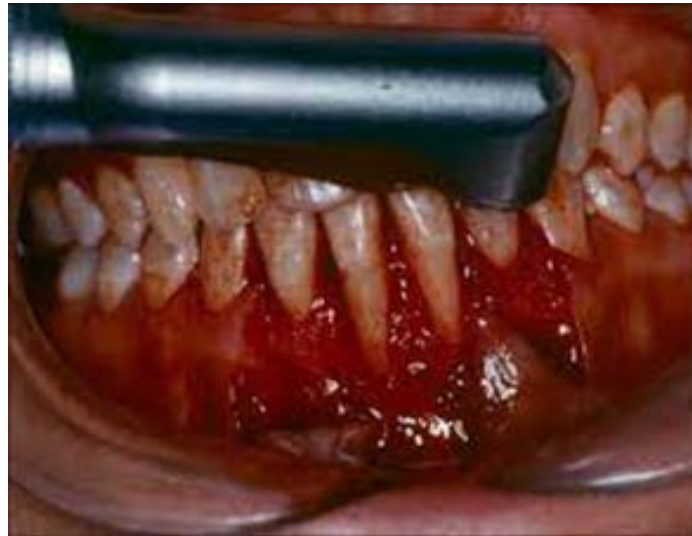
Figura 2 – Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda



Fonte: Prof Dr Paulo Coelho, Instituto de Odontologia, 2019. Nota: site para acessar o portal: <https://www.drpaulocoelho.com.br/tratamento-da-gengivite-e-periodontite/guna-gengivite-ulcerativa-necrosante-aguda>

- Periodontite ulcerativa necrosante (PUN): quando há exposição e perda óssea progressiva levando à perda de elementos dentários. A queixa principal de um paciente pode ser dor intensa na mandíbula superior ou inferior.

Figura 3 – Tratamento físico das superfícies radiculares



Fonte: Dr. Úrsula aparecida escalero silva, monografia, 2014. Nota: site para acessar o portal: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle>

Infecções virais

- Herpes simples: são bolhas que estouram e coalescem para formar feridas, áreas sintomáticas e persistentes. A infecção por herpes em pacientes com HIV/AIDS pode ser mais reativada, resultando em danos maiores e mais duradouros. A persistência da lesão por mais de 4 semanas associada a soropositividade para o HIV é indicativa para diagnóstico de aids (BRASIL,2000).

Figura 4 – Tratamento físico das superfícies radiculares



Fonte: Dr. Hélio P. S. Meneses Nota: site para acessar o portal: <http://hsmenezes.dominiotemporario.com>

- Leucoplasia pilosa: lesão branca que não pode ser removida por raspagem, localizada principalmente nas bordas laterais da língua ou bilateralmente, e está associada à presença do vírus Epstein-Barr. Também é considerado um sinal de resposta imune,

um sinal de progressão da doença (BRASIL, 2000).

Figura 5 – leucoplasia pilosa



Fonte: Dr. Gonzalo Ramirez, 2022. Nota: site para acessar o portal: <https://statics-shoptime.b2w.io/sherlock/books/firstChapter/251433.pdf>

Objetivos do tratamento odontológico do paciente HIV/AIDS

O principal objetivo do tratamento odontológico para esse grupo de pacientes é melhorar sua qualidade de vida, e para isso é necessária uma revisão do histórico médico. Além disso, é importante conversar com o paciente para avaliar suas expectativas em relação ao tratamento (alívio da dor, melhora estética), emocional e situação financeira (HASTREITER; JIANG, 2002). O estado emocional do paciente reflete-se diretamente em sua capacidade de concluir o tratamento, comparecer às consultas e manter uma boa higiene bucal. A situação econômica afeta a capacidade de pacientes se alimentarem adequadamente (melhorar ou piorar o estado nutricional e, portanto, também o estado geral) e a capacidade de pagar uma prótese ou até mesmo comprar fio dental simples. Em resumo, o plano de tratamento deve ser o mais simples possível para atender às necessidades e expectativas do paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde enfatiza que o conhecimento adequado sobre o HIV/AIDS na odontologia é considerado fundamental, especialmente diante da crescente epidemia mundial dessa doença. Um acadêmico que desenvolve seu processo educativo durante a graduação suas deve estar apto a auxiliar pessoas soropositivas para HIV/Aids, além de compreender os mecanismos de infecção e síndrome.

O atendimento odontológico para pacientes HIV positivos é muito importante. Em estudos encontrados pacientes relatam que possuem medo de que o especialista rejeite ou viole a obrigação ética de confidencialidade, razão pela qual muitas vezes sonegam essas informações ou mesmo recusam o tratamento.

Guerra *et al.* (2008) em sua pesquisa mostrar que 72,98% dos dentistas não querem tratar crianças infectadas pelo HIV devido à incerteza técnica e 10,01% temiam que tal tratamento leve a consequências adversas e negativa no ato. Miranzi (2003) relatou em seu estudo que muitos profissionais tentam evitar sua formação como técnicos de pesquisa, culpando a falta de

materiais ou equipamentos necessários para tratar os problemas bucais de seus pacientes. A recusa de um profissional de saúde em atender pacientes com o vírus da AIDS por motivos não comprovados cientificamente é uma sanção cabível nas esferas civil criminal, administrativa e ética no Brasil em resposta a acusações de discriminação.

Garbin *et al.* (2009) relataram que 49,3% dos pacientes em seu estudo sofreram algum tipo de discriminação quando contataram os profissionais de saúde, e a maioria (85%) dos incidentes ocorreu nos serviços público de saúde. Esses dados diferem dos relatados de Guerra *et al.* (2008) onde dentistas do serviço público estavam mais dispostos a tratar pacientes com infecção pelo HIV.

Explicando AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), Correa *et al.* (2005); Robbins (2010); Carranza (2012); Rachid e Schechter (2017); Hartmann e outros (2016); Kim *et al.* (2018) concordaram quando acusaram o HIV (síndrome da imunodeficiência adquirida), um retrovírus, como a causa da patologia pandêmica, um importante problema de saúde pública nas estatísticas de crescimento recentes. Eles apresentaram o enfraquecimento das defesas do corpo como uma característica fundamental da doença, especificamente . alterações nas células T CD que causam imunossupressão humana e uma relação T /T8 anormal. O formulário de contato fornecido refere-se a doenças sexualmente transmissíveis, sangue (sangue contaminado), gravidez e amamentação. Eles apontam que esse problema não é mais comum ao público em geral, mas originalmente era considerado à margem da sociedade (homossexuais e usuários de drogas) e a contaminação da população agora é muito comum, homens e mulheres (incluindo casados) idosos e até crianças. Hoje, a qualidade de vida das pessoas com a doença melhorou muito graças ao uso da terapia antirretroviral, que contribuiu para a redução da mortalidade precoce.

Segundo evidências científicas, o diagnóstico precoce de lesões bucais relacionadas ao HIV parece auxiliar no tratamento e prognóstico dos portadores do HIV. O principal aspecto da infecção pelo HIV é o desenvolvimento gradual de imunodeficiência principalmente celular, caracterizada por uma redução seletiva de linfócitos T CD4+ e uma diminuição na quantidade das células centrais do sistema imunológico, os linfócitos T auxiliares. Esse processo leva gradativamente à incapacidade de desenvolver uma resposta imune adequada, tornando o portador mais suscetível a certos tumores e infecções oportunistas (PACHECO, 2008).

A saúde oral é muito importante em termos de saúde geral, pois afeta a saúde psicológica e espiritual e é parte integrante da qualidade de vida. O cirurgião-dentista, através da anamnese e do exame físico, tem papel importante tanto na manutenção da saúde bucal quanto no diagnóstico correto nas fases iniciais das manifestações bucais, que são os primeiros e mais importantes sinais de infecção, tendo em vista, que é quando o vírus pode prever sua progressão para a AIDS. Atenção especial deve ser dada à cavidade oral a fim de escolher a forma de tratamento mais adequada para cada caso e assim melhorar a qualidade de vida desses pacientes. (CAVASSANI *et al.*, 2002; SPOSTO *et al.*, 2003; MIRANZI, 2003; COOGAN *et al.*, 2005; CORRÊA E ANDRADE, 2005; RIBEIRO *et al.*, 2006; SHARMA *et al.*, 2006; GUERRA *et al.*, 2007; GUERRA *et al.*, 2008; MACHADO *et al.*, 2008; PIRES *et al.*, 2008; FREEMAN *et al.*, 2012; AŠKINYTĖ *et al.*, 2015; MENEZES *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AIDS ainda é uma realidade. Deve-se lembrar que cada pessoa deve ser tratada como um paciente potencialmente infectado, justificando a importância de um protocolo de biossegurança para um tratamento seguro em consultórios odontológicos. Outra consideração importante é o respeito à pessoa infectada, que merece atendimento digno, empatia, solidariedade e principalmente ética profissional. O tratamento deve controlar formas comuns de doença bucal, orientações de higiene bucal e terapia específica para sintomas orais causados por infecção. Além disso, o cirurgião-dentista deve estar preparado e ciente da exposição ocupacional a material biológico para garantir um tratamento seguro e, assim, garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes soropositivos para HIV ou AIDS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico-Aids e DST. Ano V, nº1. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

CAPISTRANO FILHO, D. O cirurgião-dentista no programa de saúde da família. Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva, Curitiba (PR), v. 1, n. 2, p. 8, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Código de Ética Odontológica: Resolução n. 42. Rio de Janeiro (RJ): CFO, 2003.

DISCACCIATI, José Augusto César. VILAÇA, Ênio Lacerda Vilaça. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2001.v9n4/234-239/#bac>. Acesso em fev. 2023.

FERREIRA CN, Paixão HH. PORDEUS, IA. Conhecimentos, atitudes e comportamento dos alunos da FOUFMG com relação à AIDS e ao atendimento a pacientes HIV positivo. Rev. Arq. Cent. Est Curs Odont 1997

GASPARIN, AB. FERREIRA, FV. DANESSI, CC. SASSI, RA. SILVEIRA, J, Martinez AMB, ET AL. Fatores e prevalências associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidades sul-brasileiras. Rev. Cad Saúde Pública, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Responsabilidades éticas e profissionais dos cirurgiões-dentistas com respeito aos pacientes com HIV positivo e aos pacientes com aids. Actualidad Odontológica, Santiago (Chile), v. 30, n. 1, p. 37-39, 1988

SAMICO, AHR. A Ética e o acadêmico de odontologia. In: Samico AHR, Menezes JDV, Silva M. Aspectos éticos e legais do exercício da odontologia. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia; 2017.

SOUZA, L.B. *et al.* Manifestações orais em pacientes com aids em uma população brasileira. Pesquisa Odontológica Brasileira, São Paulo (SP), v. 14, n. 1, p. 79- 85, 2000.

SENNA, M.I.B.; GUIMARÃES, M.D.C.; PORDEUS, I.A. Atendimento odontológico de portadores de HIV/Aids: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro (RJ), v. 21, n. 1, p. 217-225, 2005.

SOUZA, R.G.; TARTAGLIA, S.M.A.; LOPES, V.S. Experiências odontológicas de pacientes HIV soropositivos [resumo]. Arquivos do Centro de Estudos do Curso de Odontologia, Belo Horizonte (MG), v. 33 (suplemento), p. 144, 1997

THEOPHILO, Carlos Renato. MARTINS, Gilberto de Andrade. Metodologia da investigação científica. Editora Atlas, 3º edição, 2016.



Desafios éticos em ciências da saúde: dilemas e reflexões sobre a tomada de decisão clínica

Ethical challenges in health sciences: dilemmas and reflections on clinical decision making

Raphaela Sampaio

Graduanda de medicina. Link: <https://lattes.cnpq.br/9370926425915738>. Universidade Brasil - Campus Fernandópolis

Geovanna Araújo Maciel

Graduanda de medicina. Link: <http://lattes.cnpq.br/9621422481395770>. Universidade Brasil - Campus Fernandópolis

Débora Priscilla Araújo Maciel

Graduanda de medicina. Link: <http://lattes.cnpq.br/0785959970453825>. Universidade Federal do Acre

Isabel Cristina Araújo Vieira

Graduanda de medicina. Link: <http://lattes.cnpq.br/7066438030106365>. Universidade do Estado do Mato Grosso.

Thiago dos Santos Silva

Graduando de medicina. Link: <https://lattes.cnpq.br/2137692557597491>. Universidade Brasil - Campus Fernandópolis

Lorena Moura Boaventura

Graduanda de medicina. Link: <http://lattes.cnpq.br/5324814149163012>. Universidade Brasil - Campus Fernandópolis

João Vitor Garcia Arrais

Graduando de medicina. Universidade Brasil - Campus Fernandópolis

Aluildo de Moura Oliveira Júnior

Graduando de medicina. Link: <https://lattes.cnpq.br/1062149187190542>. Universidade Federal do Acre

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.3

RESUMO

Este estudo é uma reflexão sobre os desafios éticos enfrentados pelos profissionais da saúde em sua tomada de decisões clínicas. Para isso, foram analisados casos e discutidos dilemas éticos, abordando questões como autonomia do paciente, beneficência, não maleficência, justiça e equidade na distribuição de recursos. Os resultados destacam que os desafios éticos na área da saúde têm sido amplamente debatidos nos últimos anos, especialmente com o surgimento de tecnologias como inteligência artificial, edição de genomas e interfaces cérebro-computador. Além disso, a pandemia de COVID-19 apresentou novos e complexos desafios éticos para os profissionais de saúde, principalmente para as equipes de enfermagem que trabalham em cuidados de emergência. Diante disso, há uma necessidade de maior atenção à equidade em saúde e justiça social na educação e na prática médica. Os objetivos deste artigo são discutir os desafios éticos enfrentados pelos profissionais da saúde na tomada de decisões clínicas e apresentar possíveis soluções para enfrentá-los. Portanto, este artigo serve como um guia para que os profissionais da saúde possam estar preparados para lidar com situações complexas e tomar decisões éticas na prática clínica.

Palavras-chave: ética em saúde. tomada de decisão clínica. dilemas éticos. autonomia do paciente, beneficência.

ABSTRACT

This study is a reflection on the ethical challenges faced by healthcare professionals in their clinical decision-making. To do so, cases were analyzed and ethical dilemmas were discussed, addressing issues such as patient autonomy, beneficence, non-maleficence, justice, and equity in resource distribution. The results highlight that ethical challenges in the healthcare field have been widely debated in recent years, especially with the emergence of technologies such as artificial intelligence, genome editing, and brain-computer interfaces. Furthermore, the COVID-19 pandemic has presented new and complex ethical challenges for healthcare professionals, especially for nursing teams working in emergency care. In light of this, there is a need for greater attention to health equity and social justice in medical education and practice. The objectives of this article are to discuss the ethical challenges faced by healthcare professionals in clinical decision-making and to present possible solutions to address them. Therefore, this article serves as a guide for healthcare professionals to be prepared to deal with complex situations and make ethical decisions in clinical practice.

Keywords: healthcare ethics. clinical decision making. ethical dilemmas. patient autonomy, beneficence.

INTRODUÇÃO

A tomada de decisão clínica é um processo complexo que envolve a análise cuidadosa de múltiplos fatores, incluindo o diagnóstico, o prognóstico, a eficácia e os efeitos colaterais dos tratamentos disponíveis, além dos valores e preferências do paciente. No entanto, além desses fatores, muitas vezes há questões éticas que devem ser consideradas. O presente artigo tem como objetivo explorar os desafios éticos em ciências da saúde, em particular, os dilemas éticos

que podem surgir na tomada de decisão clínica. Este tema é especialmente relevante no contexto da pandemia de COVID-19, em que os profissionais de saúde enfrentam decisões difíceis que podem afetar a vida e a morte de pacientes. Refletir sobre esses desafios pode ajudar a desenvolver uma abordagem mais ética e responsável à tomada de decisão clínica.

Ao longo do estudo, serão apresentados e discutidos exemplos de desafios éticos em diferentes áreas da saúde. Essa perspectiva é apoiada por diversas pesquisas, como o estudo recente conduzido por Ferreira *et al.* (2021) em um país em desenvolvimento, no qual abordam os desafios éticos que os profissionais de saúde enfrentam durante a pandemia de COVID-19. Castro *et al.* (2019) realizaram uma revisão integrativa para identificar os desafios éticos experimentados pelas equipes de enfermagem no atendimento de emergência. Outro exemplo é o estudo de Mavroudi, Feinberg (2019), que discutem os desafios éticos no desenvolvimento de dispositivos médicos.

Serão explorados nos artigos bases, temas como diagnóstico, edição genética, inteligência artificial e equidade na saúde. Karkazis, Jordan-Young (2018) refletem sobre as implicações éticas de diferentemente corporais no diagnóstico médico. Baker (2019) discute os desafios éticos associados à edição genética usando o sistema CRISPR/Cas9. Lee *et al.* (2020) analisam as questões éticas relacionadas ao uso de inteligência artificial na educação médica. Lucchetti, Lucchetti (2019) mapeiam os desafios éticos da inteligência artificial na saúde, enquanto Murnane *et al.* (2020) discutem a obrigação ética de priorizar a equidade na saúde. Por fim, Wu *et al.* (2021) apresentam uma revisão narrativa sobre os desafios éticos na pesquisa de interface cérebro-computador.

METODOLOGIA

A pesquisa foi conduzida por meio de uma revisão bibliográfica sistemática, com base em artigos científicos publicados nos últimos 5 anos em bases de dados como PubMed, Scopus e Web of Science.

Para a seleção dos artigos, serão adotados os seguintes critérios de inclusão: (1) artigos em inglês, português ou espanhol; (2) estudos que abordem a ética em ciências da saúde e a tomada de decisão clínica; (3) estudos publicados entre 2018 e 2023; (4) artigos que abordem desafios éticos relacionados a diferentes áreas da saúde, como enfermagem, medicina, odontologia e outras.

A busca pelos artigos foi realizada utilizando-se palavras-chave relacionadas ao tema, como “ética em saúde”, “tomada de decisão clínica”, “desafios éticos em enfermagem”, “desafios éticos em medicina”, “inteligência artificial em saúde” e “ética em tecnologias médicas”, entre outras. A análise dos artigos selecionados foi realizada por meio de leitura crítica, com ênfase na identificação dos desafios éticos em ciências da saúde e nas reflexões sobre a tomada de decisão clínica.

Os resultados foram apresentados de forma descritiva e analítica, por meio da categorização dos desafios éticos identificados e das reflexões propostas sobre a tomada de decisão clínica. O estudo contribuirá para a compreensão dos desafios éticos em ciências da saúde e para o desenvolvimento de estratégias para a tomada de decisão clínica ética e consciente.

OBJETIVO GERAL

Este trabalho tem como objetivo geral analisar os desafios éticos enfrentados na tomada de decisão clínica em ciências da saúde, buscando compreender a complexidade desses dilemas e refletir sobre possíveis soluções.

Objetivos específicos

Identificar os principais dilemas éticos enfrentados pelos profissionais de saúde na tomada de decisão clínica, com base na literatura científica recente.

Analisar as implicações éticas da pandemia de COVID-19 na tomada de decisão clínica, com base em reflexões de profissionais de saúde em um país em desenvolvimento.

Avaliar os desafios éticos enfrentados pelas equipes de enfermagem em situações de emergência, a partir de uma revisão integrativa da literatura.

Buscar as principais questões éticas envolvidas no desenvolvimento de dispositivos médicos, com base em estudos recentes.

Definir as principais implicações éticas da inteligência artificial na educação médica e na prática clínica, com base em revisões sistemáticas da literatura.

Entender sobre a obrigação ética de priorizar a equidade em saúde na educação médica e na prática clínica.

Neste sentido, espera-se contribuir para a compreensão da complexidade dos desafios éticos enfrentados pelos profissionais de saúde na tomada de decisão clínica, bem como para o desenvolvimento de soluções éticas para esses dilemas.

REFERENCIAL TEÓRICO

Neste trabalho, serão abordados os desafios éticos em ciências da saúde, considerando diversos aspectos que envolvem a tomada de decisão clínica.

No contexto da pandemia de COVID-19, a reflexão sobre os desafios éticos na área da saúde tem sido cada vez mais necessária. Ferreira *et al.* (2021) destacam a importância de se pensar sobre questões como a distribuição de recursos escassos e a autonomia do paciente em um cenário de crise sanitária. Além disso, a ética também é um aspecto fundamental na rotina de emergência em saúde, e os profissionais de enfermagem, por exemplo, enfrentam diversos dilemas éticos em seu trabalho diário (CASTRO *et al.*, 2019).

O desenvolvimento de dispositivos médicos também apresenta desafios éticos, especialmente quando se trata de sua segurança e eficácia (MAVROUDIS; FEINBERG, 2019). Já no que diz respeito ao diagnóstico médico, Karkazis, Jordan-Young (2018) ressaltam a importância de considerar as implicações éticas da diferenciação corporal e das características sexuais e de gênero do paciente.

Outra área que apresenta desafios éticos significativos é a edição de genomas, especialmente quando se trata de questões como a edição genética em embriões humanos (BAKER,

2019). Além disso, a utilização de inteligência artificial em educação médica também apresenta implicações éticas relevantes, como a necessidade de garantir a privacidade e a segurança dos dados (LEE *et al.*, 2020).

Por fim, a utilização da inteligência artificial na área da saúde também tem sido objeto de intensos debates éticos. Lucchetti, Lucchetti (2019) destacam a importância de se considerar questões como a transparência e a responsabilidade na tomada de decisão clínica automatizada. Além disso, a promoção da equidade em saúde é uma obrigação ética para os profissionais de saúde, especialmente em um contexto de desigualdades sociais (MURNANE *et al.*, 2020).

Portanto, o referencial teórico deste trabalho apresenta uma ampla gama de perspectivas e reflexões sobre os desafios éticos em ciências da saúde, fornecendo uma base teórica sólida para a análise e discussão desses temas.

DESAFIOS DA ÉTICA MÉDICA NA ÁREA DA SAÚDE

A ética na área da saúde é um conjunto de princípios e valores que orientam a conduta dos profissionais de saúde em relação aos pacientes e à sociedade em geral. É essencial para garantir a qualidade do atendimento, a segurança dos pacientes e a credibilidade do sistema de saúde como um todo.

De acordo com a Resolução CFM nº 1.931/2009, que trata do Código de Ética Médica, a ética na área da saúde inclui a responsabilidade, a competência técnica, o respeito à vida e à dignidade dos pacientes, o sigilo profissional e a solidariedade com outros profissionais e instituições de saúde.

Além disso, a ética também se relaciona à pesquisa em saúde, que deve ser conduzida de acordo com as normas éticas e científicas estabelecidas, como as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Para garantir a aplicação dos princípios éticos na área da saúde, a ABNT estabeleceu normas específicas, como a NBR ISO 14155-1:2011, que trata dos requisitos para ensaios clínicos de dispositivos médicos. Essas normas orientam a conduta dos profissionais e garantem a qualidade e segurança dos serviços prestados.

A ética na área da saúde é de extrema importância, pois o bem-estar e a segurança dos pacientes estão diretamente relacionados às decisões éticas tomadas pelos profissionais de saúde. Além disso, a ética é uma das bases da relação médico-paciente, que deve ser pautada na confiança, transparência e respeito mútuo. Sendo crucial para garantir a equidade na distribuição de recursos e no acesso aos cuidados de saúde, especialmente em países com desigualdades socioeconômicas significativas. Dessa forma, a ética na área da saúde é um aspecto fundamental para garantir a qualidade e segurança do atendimento aos pacientes, bem como a credibilidade do sistema de saúde como um todo.

Ética na pesquisa biomédica

A ética na pesquisa biomédica é essencial para garantir a segurança e bem-estar dos participantes. De acordo com Emanuel, Wendler e Grady (2018), existem quatro princípios éticos

fundamentais que devem ser considerados: respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O princípio da autonomia envolve a garantia de que os participantes possam tomar decisões informadas e voluntárias sobre sua participação.

O princípio da beneficência visa promover o bem-estar dos participantes. O princípio da não maleficência visa garantir que os participantes não sofram danos ou lesões. Finalmente, o princípio da justiça visa garantir que os participantes sejam selecionados de forma justa e que os benefícios e riscos da pesquisa sejam distribuídos equitativamente.

De acordo com Beauchamp, Childress (2019), a ética biomédica não é composta apenas pelos quatro princípios, mas também por várias regras, entre elas a veracidade, confidencialidade, privacidade e a fidelidade. A veracidade aborda sobre a comprovação dos dados apresentados, pode ser feita por diversos meios como estudos científicos, os exames e a documentação.

A confidencialidade e a privacidade estão relacionadas, pois dizem respeito aquelas pessoas que aceitaram fazer parte do estudo ou cederam seus dados, então é feita a garantia que não será divulgado sua identidade ou qualquer informação que não seja relevante. Por último a fidelidade dentro da ética não está relacionada a sentimentos, mas a cumprir com aquele acordo ou objetivo estabelecido.

Princípios éticos nas tomadas de decisões

A abordagem dos quatro princípios foi proposta por Beauchamp e Childress já em 1979 e é amplamente utilizada na tomada de decisões éticas na área da saúde. Os princípios são complementares e devem ser considerados em conjunto para garantir que as decisões tomadas sejam eticamente justificáveis. O princípio da autonomia implica o respeito pela autodeterminação dos indivíduos. O princípio da beneficência exige que as ações realizadas pelos profissionais de saúde promovam o bem-estar dos pacientes. O princípio da não maleficência exige que os profissionais de saúde não causem danos aos pacientes. O princípio da justiça exige que as ações dos profissionais de saúde sejam equitativas e imparciais.

Portanto todos esses princípios estão baseados em teorias éticas distintas como teológicas e deontológicas, com finalidade de fundamentar a bioética adotando essas quatro formulações, afirmando assim sua máxima excelência ao ponto de não ter outra teoria que seria capaz de suprir esses dilemas morais bióticos como é no princípalismo.

Desafios éticos com o surgimento de tecnologias emergentes

As tecnologias emergentes apresentam desafios éticos significativos para a prática clínica e a pesquisa em saúde. Com a crescente incorporação de novas tecnologias na área da saúde, é essencial garantir que a ética continue a ser respeitada no atendimento ao paciente. Respeitando assim o consentimento do paciente, a privacidade dos seus dados e também a integridade física, mental e psicológica desses pacientes. Com base nesse contexto é importante ter a consciência de necessidade de garantia de ética médica na abordagem desses pacientes, os atendendo com consciência, cuidado e respeito. Por exemplo, a inteligência artificial (IA) pode ser usada para ajudar os médicos a tomar decisões, mas a questão da responsabilidade ética quando uma máquina toma decisões médicas permanece controversa. A edição de genomas tem o potencial de curar doenças genéticas, mas também apresenta preocupações éticas sobre

a seleção genética e a criação de “bebês projetados”. As interfaces cérebro-computador podem melhorar a qualidade de vida dos pacientes, mas também levantam preocupações éticas sobre privacidade, identidade e liberdade individual.

Pandemias, ética médica e Covid-19

A pandemia de COVID-19 apresentou novos e complexos desafios éticos para os profissionais de saúde. A necessidade de tomar decisões rápidas e precisas em um cenário de incerteza e pressão, em que os recursos são limitados, é um dos principais desafios éticos enfrentados pelos profissionais de saúde durante a pandemia. Essas decisões podem envolver a alocação de recursos escassos, como leitos de UTI e ventiladores, bem como a triagem de pacientes em situações críticas.

A alocação de recursos em um cenário de pandemia pode criar dilemas éticos importantes. Os princípios de justiça e utilidade são fundamentais para a tomada de decisões éticas em saúde. A distribuição equitativa dos recursos deve ser a meta principal, mas isso pode ser difícil de alcançar em um cenário de escassez. A triagem de pacientes com base em critérios objetivos e clínicos é crucial, mas deve ser feita de forma justa e sem discriminação. Além disso, os profissionais de saúde também precisam considerar a autonomia dos pacientes e suas preferências em relação ao tratamento.

A pandemia de COVID-19 também trouxe à tona questões éticas relacionadas à pesquisa clínica. Os ensaios clínicos devem seguir padrões éticos rigorosos para garantir a segurança e o bem-estar dos participantes. Além disso, a pesquisa clínica deve ser conduzida de maneira transparente e com a divulgação adequada dos resultados. A pressão para encontrar uma cura ou tratamento para COVID-19 pode levar a atalhos éticos e comprometer a integridade da pesquisa.

Outro desafio ético importante enfrentado pelos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 é a comunicação com os pacientes e suas famílias. A comunicação clara e transparente é fundamental para garantir que os pacientes compreendam as opções de tratamento disponíveis e possam tomar decisões informadas. Além disso, a comunicação deve ser feita de forma compassiva e empática, levando em consideração o impacto emocional que a pandemia pode ter sobre os pacientes e suas famílias.

A pandemia de COVID-19 também destacou a importância da educação em ética médica. Os profissionais de saúde devem receber treinamento adequado em ética médica para ajudá-los a tomar decisões éticas em situações difíceis. Isso inclui o desenvolvimento de habilidades de comunicação e o entendimento dos princípios éticos fundamentais, como autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Em resumo, a pandemia de COVID-19 apresentou novos e complexos desafios éticos para os profissionais de saúde. Esses desafios incluem a alocação de recursos, pesquisa clínica, comunicação com pacientes e suas famílias, e a necessidade de educação em ética médica. É essencial que os profissionais de saúde enfrentem esses desafios com um compromisso ético sólido e uma compreensão clara dos princípios éticos fundamentais.

Equipes de enfermagem em cuidados de emergência

A atuação das equipes de enfermagem em cuidados de emergência pode implicar em desafios éticos únicos. Castro *et al.* (2019) afirmam que os enfermeiros que atuam em emergências enfrentam dilemas éticos, como a tomada de decisões difíceis, conflitos de interesse e tensões emocionais. Os autores destacam que esses profissionais precisam tomar decisões rápidas em situações de alta pressão e, muitas vezes, lidar com pacientes em estado grave, o que pode levar a conflitos éticos.

As equipes de profissionais da saúde devem sempre estar atenta em garantir um atendimento adequado eficaz e baseado na ética e na confidencialidade para seus pacientes. Fato é que a ética é um tema que abrange diversos braços que devem ser garantidos no atendimento ao paciente como, o paciente deve ser orientado e ter consciência dos motivos de tomada de decisão, os profissionais devem estabelecer uma relação médico e paciente com respeito, acolhimento e confidencialidade adequada. Existem outros temas que devem ser discutidos, com base também nos valores individuais dos indivíduos como, a eutanásia, aborto, transplantes de órgãos, escarcas de materiais.

Equidade em saúde e justiça social na educação e na prática médica

A equidade em saúde e a justiça social são importantes considerações éticas na educação e na prática médica. Murnane *et al.* (2020) argumentam que a justiça social deve ser um princípio orientador na formação de médicos e profissionais da saúde, e que a falta de atenção a essa questão pode resultar em disparidades em saúde. Baylis (2018) destaca a importância de se considerar questões de equidade em saúde ao desenvolver políticas de saúde pública. Além disso, Young e Balmer (2019) argumentam que a educação médica deve incluir o desenvolvimento da moralidade dos estudantes, para que possam reconhecer e lidar com questões éticas complexas.

Outros pontos que devem ser discutidos entre a população e os profissionais com base na ética em saúde em relação a equidade no país são as desigualdades de acesso a saúde básica e especializada, a falta de acesso a materiais, a falta de médicos e de preparo adequado desses profissionais, assim como discriminação em cuidados de saúde em pacientes em situação de vulnerabilidade.

RESULTADOS

- As considerações éticas na pesquisa biomédica e na prática clínica têm sido extensamente discutidas e debatidas nos últimos anos.
- A abordagem dos quatro princípios (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) é um quadro amplamente utilizado para a tomada de decisões éticas na área da saúde.
- Existem desafios éticos contínuos na área da saúde, especialmente no contexto de tecnologias emergentes, como inteligência artificial, edição de genomas e interfaces cérebro-computador.

- A pandemia de COVID-19 apresentou novos e complexos desafios éticos para os profissionais de saúde.
- As equipes de enfermagem que trabalham em cuidados de emergência enfrentam desafios éticos únicos.
- Existe uma necessidade de maior atenção à equidade em saúde e à justiça social na educação e na prática médica.

ANÁLISE DE COLETA DE DADOS

No que se refere aos temas abordados nos artigos citados, é possível observar que há um forte enfoque em questões éticas na medicina e na saúde, como a privacidade dos pacientes, o respeito aos direitos humanos e a promoção da justiça social. A coleta de dados em torno dessas questões pode envolver a utilização de questionários, entrevistas, observação direta, entre outras técnicas.

É importante ressaltar que a coleta de dados em pesquisas médicas e de saúde deve ser realizada com respeito à autonomia dos participantes, garantindo que eles compreendam o propósito da pesquisa e possam consentir livremente em participar. Além disso, devem ser adotadas medidas para garantir a confidencialidade dos dados coletados e a sua segurança.

Por fim, vale destacar que a ética é uma questão central em todas as áreas da saúde e da medicina, e a coleta de dados deve ser realizada com o máximo cuidado e respeito aos direitos dos participantes. As normas da ABNT são uma importante ferramenta para orientar a coleta de dados e garantir a qualidade e integridade da pesquisa.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A ética em saúde é um tema complexo e multifacetado que requer atenção constante dos profissionais de saúde. A pandemia de COVID-19 apresentou desafios éticos únicos para os profissionais de saúde, que precisam lidar com questões como triagem de pacientes, alocação de recursos escassos e risco de contaminação. Essas questões são discutidas por Ferreira *et al.* (2021) em seu artigo, que reflete sobre os desafios éticos enfrentados por profissionais de saúde em um país em desenvolvimento durante a pandemia. Os autores destacam a importância da solidariedade e da cooperação entre profissionais de saúde durante a crise.

As equipes de enfermagem que trabalham em cuidados de emergência também enfrentam desafios éticos únicos, como destacado por Castro *et al.* (2019) em sua revisão integrativa. Esses desafios incluem lidar com pacientes em condições críticas, falta de recursos, pressão de tempo e decisões difíceis sobre o final da vida. Os autores destacam a importância de uma abordagem interdisciplinar para lidar com essas questões éticas em cuidados de emergência.

Além disso, há uma crescente necessidade de atenção à equidade em saúde e à justiça social na educação e na prática médica. Como observado por Murnane *et al.* (2020), a educação médica deve priorizar a saúde equitativa, preparando os alunos para reconhecer e enfrentar as disparidades de saúde e promover a justiça social. Da mesma forma, Baylis (2018) destaca

a importância da ética em saúde pública na promoção da equidade em saúde e na tomada de decisões justas.

A ética na pesquisa biomédica e na prática clínica é um tema amplamente discutido e debatido, tanto no âmbito acadêmico quanto na prática profissional. Beauchamp e Childress (2019) ressaltam a importância de princípios éticos, como a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, para orientar a tomada de decisões éticas em saúde. Emanuel, Wendler e Grady (2018) destacam que a ética na pesquisa clínica deve se basear em quatro princípios básicos: respeito às pessoas, beneficência, não maleficência e justiça. A discussão ética é fundamental para garantir a proteção dos participantes da pesquisa e a qualidade dos cuidados de saúde.

A abordagem dos quatro princípios éticos é amplamente utilizada para orientar a tomada de decisões éticas em saúde (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2019). Pellegrino (2017) destaca a importância de estabelecer uma melhor conexão entre os princípios éticos e a relação médico-paciente para garantir a tomada de decisões adequadas. A utilização dos quatro princípios éticos pode ajudar a promover a ética na pesquisa biomédica e na prática clínica, garantindo a proteção dos participantes da pesquisa e a qualidade dos cuidados de saúde.

O avanço tecnológico na área da saúde tem levantado questões éticas importantes que precisam ser consideradas. As tecnologias emergentes, como a inteligência artificial, a edição de genomas e as interfaces cérebro-computador, apresentam desafios éticos contínuos (YOUNG E BALMER, 2019). Sulmasy (2017) destaca que é necessário considerar a ética na utilização de tecnologias médicas para garantir que os benefícios superem os riscos. A ética na pesquisa biomédica e na prática clínica deve estar sempre atualizada para garantir a proteção dos participantes da pesquisa e a qualidade dos cuidados de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ética é um tema complexo e que se refere a um conjunto de princípios ou padrões que orientam o comportamento humano, especialmente no que diz respeito ao que é certo e errado, bom e ruim. No contexto da ética em ciências da saúde fica é importante enfatizar a complexidade e importância da temática, por esses desafios podem afetar diretamente na vida dos pacientes.

Os principais desafios éticos em ciências da saúde atualmente no Brasil se dá com base no contexto de desigualdade no acesso a saúde; má conduta médica, com diagnósticos errados, tratamentos inadequados e falta de respeito pelos direitos e privacidade do paciente; Discriminação como é o caso de pessoas LGBTQ+, negras, indígenas, pessoas com deficiência, entre outros grupos vulneráveis; Corrupção e falta de transparência, o setor de saúde no Brasil também é afetado por corrupção, o que pode levar a má alocação de recursos e à falta de acesso aos serviços de saúde; Falta de comunicação adequada entre os Falta de educação em saúde a população e falta de investimento adequado em saúde no país.

Em suma, a ética médica é um campo em constante evolução que enfrenta muitos desafios. Os profissionais de saúde precisam estar cientes desses desafios e trabalhar para abordá-los de maneira ética e eficaz. Esses entre outros desafios não citados podem ser solucionados com uma análise adequada e realista sobre a nossa situação ética na saúde atual e com uma reforma multi e intersetorial para assim melhor atender a população, garantindo garantir que to-

dos os pacientes recebam cuidados de saúde justos, respeitosos e de alta qualidade.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 14155-1:2011 - Investigação clínica de produtos para saúde - Parte 1: Requisitos gerais para ensaios clínicos. Rio de Janeiro, 2011.

BAKER, B. Ethical issues in genome editing using CRISPR/Cas9 system. *Journal of Clinical Research and Bioethics*, v. 10, n. 4, p. 377, 2019.

BAYLIS, F. Ethics and evidence in a changing world: What can we learn from public health ethics?. *Journal of Bioethical Inquiry*, v. 15, n. 1, p. 55-63, 2018.

BEAUCHAMP, T. L. In defense of the four principles approach. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 43, n. 2, p. 164-177, 2018.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Disponível em: https://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf. Acesso em: 27 mar. 2023.

BROCK, D. W. Debating autonomy. *Hastings Center Report*, v. 47, n. 1, p. 13-14, 2017.

CASTRO, R. D. *et al.* Ethical challenges experienced by nursing teams in emergency care: integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 27, p. e3169, 2019.

EMANUEL, E. J.; WENDLER, D.; GRADY, C. What makes clinical research ethical?. *Jama*, v. 321, n. 12, p. 1129-1130, 2018.

FERREIRA, M. L. *et al.* Ethical challenges in the COVID-19 pandemic: reflections from a developing country. *Journal of Medical Ethics*, v. 47, n. 1, p. 1-5, 2021.

KARKAZIS, K.; JORDAN-YOUNG, R. The ethics of diagnosis: grappling with “embodied” difference and its implications. *The Lancet*, v. 392, n. 10147, p. 521-2, 2018.

KOMESAROFF, P. A.; LIPWORTH, W. Beyond autonomy: The ethical implications of positive obligations in clinical practice. *Journal of Law and Medicine*, v. 24, n. 2, p. 284-288, 2017.

LEE, M. *et al.* Ethical considerations for the use of artificial intelligence in medical education. *BMC Medical Education*, v. 20, n. 1, p. 1-6, 2020.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. The ethics of artificial intelligence in healthcare: a mapping review. *BMC Medical Ethics*, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2019.

MAVROUDIS, C. D.; FEINBERG, L. Ethical challenges in medical device development. *Journal of Medical Devices*, v. 13, n. 3, p. 030801, 2019.

MURNANE, E. L. *et al.* Medical education and social justice: the ethical obligation to prioritize health equity. *Academic Medicine*, v. 95, n. 10, p. 1499-504, 2020.

PELLEGRINO, E. D. The four principles and the doctor–patient relationship: the need for a better linkage. *Journal of Medical Ethics*, v. 43, n. 8, p. 477-480, 2017.

SULMASY, D. P. What is the common morality?. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, v. 27, n. 4, p. 411-438, 2017.

WERTH JR., J. L.; WICCLAIR, M. R. (Eds.). *Clinical ethics consultations: theory and practice*. New York: Springer, 2019.

WU, F. *et al.* Ethical challenges in brain computer interface research: a narrative review. *Journal of Neural Engineering*, v. 18, n. 1, p. 011001, 2021.

YOUNG, A.; BALMER, N. J. Moral learning in medical education. In: KELLY, M. D.; DINGEMAN, R. (Eds.). *The Palgrave Handbook of Medical Humanities*. Cham: Palgrave Macmillan, 2019. p. 303-321.



Avaliação docente integrada entre cursos: a importância da biossegurança no ambiente hospitalar - a tuberculose na radiologia e enfermagem

Cristiane Quadros Barcelos Martins

*Professora da Disciplina de Enfermagem Médica, Técnico de Enfermagem, Instituto de Educação
Cenecista Marquês de Herval. Enfermeira, Pós-Graduada em Saúde da Família e Saúde Mental.*

Karine Rabaiolli

*Professora da Disciplina Nutrição e Dietética, Técnico de Enfermagem, Instituto de Educação Cenecista
Marquês de Herval. Nutricionista, Pós-Graduada em Nutrição Clínica.*

Pablo Assis Almeida Fraga

*Professor da Disciplina de Proteção e Higiene Radiológica, Técnico de Radiologia, Instituto de Educação
Cenecista Marquês de Herval. Tecnólogo em Radiologia, Pós-Graduando em Gestão em Saúde.*

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.4

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar o processo de avaliação dos professores dos cursos técnicos em radiologia e enfermagem, nas disciplinas de Proteção Radiológica e Enfermagem Médica. A partir do estudo de caso em cada disciplina, elaborou-se uma avaliação interdisciplinar, no sentido de aperfeiçoamento das avaliações dos professores no processo de habilidades e competências de ambos os cursos técnicos. O propósito deste trabalho é promover a discussão deste assunto para que os professores ampliem as ferramentas de avaliação e conhecimentos, diante das dificuldades apresentadas ao longo do período letivo.

Palavras-chave: avaliação. interdisciplinar. aperfeiçoamento.

ABSTRACT

This study has as objective to analyze teachers' evaluation process from radiology and nursing technical courses in the disciplines of Proteção Radiológica e Enfermagem Médica. From the case study in each discipline, we prepared an interdisciplinary assessment towards improvement of teachers' evaluation in the process of skills and competencies in both technical courses. The purpose of this work is to promote this subject discussion so that teachers expand the assessment tools and knowledge face of difficulties presented through school year.

Keywords: evaluation. interdisciplinary. improvement.

INTRODUÇÃO

A prática pedagógica em sala de aula e a avaliação da aprendizagem sempre foram temas recorrentes nos estudos em educação. Neste contexto, a dificuldade de avaliar na Educação, permite a reflexão e a discussão, onde questionar e ser questionado faz parte do cotidiano do professor.

Nos tempos modernos, é praticamente impossível que apenas alguns professores exerçam, com toda eficiência, o processo de avaliação em sala de aula sem encontrar dificuldades, portanto é neste contexto que o presente trabalho quer promover uma reflexão sobre a importância do estudo interdisciplinar entre docentes no processo de avaliação.

Interdisciplinaridade pode ser definida como formas de comunhão entre duas ou mais disciplinas com o objetivo de compreender um determinado objeto, com pontos de vista diferentes, com a finalidade de elaborar uma síntese ao objeto comum e supõe trabalho e cooperação conjunto entre os professores. Constitui-se de atitude, além de um processo cognitivo. Implica em ideias, em prática, em um projeto que envolva colaboração, cooperação, diálogo e abertura ao outro. Exige a disponibilidade para partilhar o poder e o saber, o envolvimento dos educadores, a superação da visão de um mundo parcelado. Nesta superação, o ensino proporciona uma formação integral do aluno que exerce criticamente sua profissão sendo capacitado para o enfrentamento dos problemas mais complexos e globais da realidade do mercado de trabalho (GATTÁS; FUREGATO, 2005).

Sob esta perspectiva, a interdisciplinaridade enfoca no sujeito como indivíduo e equipe provocando um perfil de integração, interação, coordenação, colaboração e cooperação. É essencial expandir, dentro deste conceito, a postura de flexibilização e abertura às mudanças, ao novo e ao diferente. O sujeito interdisciplinar busca ultrapassar as barreiras do conhecimento e inovar, reconhece a importância do trabalho de equipe para o alcance de um objetivo comum. A difusão do conceito de interdisciplinaridade adquire respaldo no mundo acadêmico/científico para as exigências do trabalho em equipe, a competência, a polivalência, a multifuncionalidade, a desespecialização (MANGINI; MIOTO, 2009).¹

Outro tema abordado no estudo e de extrema relevância diz respeito ao processo de aperfeiçoamento das avaliações docentes no processo de habilidades e competências. Neste cenário a integração de saberes, favorece a compreensão do processo de trabalho e confere significado às ações que são desenvolvidas cotidianamente pelo profissional em seu campo de atuação (BRASIL, 2001b).

INTERDISCIPLINARIDADE: UMA NOVA REALIDADE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A discussão sobre interdisciplinaridade, com formação de conceitos e significados surgiu no século XX iniciando mais enfaticamente a partir da década de 60 como uma forma de ampliação do conhecimento. Na realidade esta nova abordagem do processo do saber representa mais uma retomada das trocas entre o ensino altamente fragmentado em especialidades do que um verdadeiro avanço no conhecimento. É uma forma de integrar, aproximar, relacionar e comparar os conhecimentos exercendo a colaboração entre as disciplinas.

Considera-se correto afirmar que só se pode falar de interdisciplinaridade quando esta comunicação for geradora de conceitos integrados entre as disciplinas, constituindo assim novos conhecimentos (VILELA; MENDES, 2002).

É uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano (SANTOMÉ; FAZENDA ICA *apud* VILELA, 2002, p.2).

A interdisciplinaridade surge na educação como exercício do fazer por acreditar e querer e, ao mesmo tempo, do fazer por ser inevitável e alheio à vontade. Esta palavra desdobra-se em, no mínimo, quatro: pluridisciplinaridade, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A dificuldade no entendimento do conceito destas palavras reside na maneira como o profissional é treinado ao longo da sua vida profissional. Para facilitar a compreensão é preciso recorrer a outra palavra: integração. Integração dos saberes, das disciplinas, de ações, de mundialização e de globalização (GATTÁS; FUREGATO, 2005).

A construção interdisciplinar exige o envolvimento dos educadores na procura de soluções para os problemas referentes ao ensino e à pesquisa. Tem como objetivo a quebra da visão parcelar do mundo facilitando a compreensão da realidade, entendendo o indivíduo como ser

1 Professora da Disciplina de Enfermagem Médica, Técnico de Enfermagem, Instituto de Educação Cecenista Marquês de Herval. Enfermeira, Pós-Graduada em Saúde da Família e Saúde Mental.

2 Professora da Disciplina Nutrição e Dietética, Técnico de Enfermagem, Instituto de Educação Cecenista Marquês de Herval. Nutricionista, Pós-Graduada em Nutrição Clínica.

3 Professor da Disciplina de Proteção e Higiene Radiológica, Técnico de Radiologia, Instituto de Educação Cecenista Marquês de Herval. Tecnólogo em Radiologia, Pós-Graduando em Gestão em Saúde.

determinado e determinante. Em relação ao ensino, o conceito de interdisciplinaridade busca promover a integração e o engajamento dos educadores num trabalho conjunto com a interação das disciplinas com realidade. Exige refazer, reconstruir e reestruturar o ensino na instituição remontando esforço, desburocratização e realinhamentos de projetos. Não funciona como método investigativo, técnica didática ou modelo metodológico capaz de produzir conhecimentos. É uma postura profissional que possibilita a interação entre a busca das diferentes formas de abordar a realidade. É uma alternativa para ultrapassar as fronteiras das profissões, sem perda da autonomia levando a conhecer outras formas de atuação, de superação e de aprendizado no convívio com outras equipes e outras formas de pensar (GATTÁS E FUREGATO, 2005).

Em todo processo educacional, durante a formação do profissional da saúde, devem ser consideradas e abrangidas as capacidades gerais e as específicas de cada profissão. Este mesmo processo deve ter como premissa desenvolver condições para o trabalho multiprofissional, valorizando o trabalho em equipe. O trabalho multiprofissional já é uma realidade, e é proposto tanto nas diretrizes para a formação dos profissionais nos currículos nacionais, quanto nas diretrizes para o exercício profissional do Sistema Único de Saúde- SUS (CECCIM, 2004).

A conscientização desta transição de paradigmas exige mudanças direcionadas a um modelo de trabalho interdisciplinar, que promova e facilite a atuação em grupo, onde todos possuem responsabilidades específicas e gerais (RÔÇAS *apud* NACIF, 2010).

Atualmente, com as mudanças ocorrendo no mundo do trabalho, nas relações pessoais e nas transformações tecnológicas, surgem novas premissas na forma de organizar a produção. Especificamente na área da saúde, estas transformações corroboram para o fortalecimento das ações que preconizam o cuidado, a relação intersetorial e o desenvolvimento da autonomia das populações assistidas. Esta mudança deve se refletir na área da educação, que já apresenta a transição da concepção tradicional para a concepção crítico reflexiva da educação. Na concepção tradicional a prática educativa é centrada na pedagogia da transmissão, desvinculada da realidade e com foco no professor. Na concepção crítica reflexiva existe a participação ativa do aluno, a vinculação da teoria e prática com a problematização da realidade (VILELA; MENDES, 2002).

Buscam-se, com isso, caminhos alternativos no processo de ensino-aprendizagem frente a um novo posicionamento diante do conhecimento, do diálogo crítico e reflexivo. Este trabalho deve ser organizado e construído pela equipe ao longo do percurso, que deve reavaliar periodicamente considerando a interdisciplinaridade durante todo o processo. A intensidade das trocas entre profissionais/professores de áreas diferentes provoca o estabelecimento de uma relação de reciprocidade, de mutualidade, de interação possibilitando o diálogo entre os interessados. Mesmo assim, chama-se atenção para os riscos destas ações, que podem desencadear disputas disciplinares através da resistência de alguns educadores, associadas ao temor de perder seu lugar na instituição, além do despreparo para lidar com a interdisciplinaridade (GALINDO; GOLDENBERG, 2007).

DIFICULDADES DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação ocorre por muitas vezes de forma isolada, sem relacionar os assuntos abordados em aula com as diferentes disciplinas da grade curricular. A cada final de

semestre analisa-se o resultado final dos trabalhos como um todo e considera-se bons, porém, com algumas falhas que se repetem e que fazem refletir se o aprendizado aconteceu de fato.

A avaliação da aprendizagem do aluno foi e continua sendo o mais freqüente objeto de análise por parte dos estudiosos da avaliação; todavia, ainda é entendida como parte isolada do processo de aprendizagem (FAZENDA *et al.*, 2009).

A avaliação, enquanto reflexão crítica sobre a realidade deveria ajudar a descobrir as necessidades do trabalho educativo e perceber os verdadeiros problemas para buscar resolvê-los. É dito que a avaliação é feita para mudar. Avalia-se tanto, investe-se tanto tempo com provas e notas, a ponto de ser uma das maiores preocupações de pais, alunos, professores e gestores e, no entanto, as coisas não mudam. “Por que a avaliação não está ajudando a mudar?” (VASCONCELLOS, 1998, p. 15).

A avaliação, em algumas situações, tem sido utilizada como aspecto controlador por parte dos professores que estabelecem os instrumentos de verificação da aprendizagem do aluno, como provas, chamada oral ou exercícios. Enfatizam somente os conteúdos que foram transmitidos, não consideram as diferenças individuais do aluno e desvalorizam conhecimentos que possam mostrar suas experiências e suas diversas fontes, o que muitas vezes pode limitar a sua criatividade.

Para ser considerada válida, a avaliação deve ser realizada em função dos objetivos previstos, pois, do contrário, o professor poderá obter muitos dados isolados, mas de pouca valia para determinar o que cada aluno realmente aprendeu. Então, é a partir da formulação dos objetivos que norteiam o processo de aprendizagem que se define o que e como julgar, ou seja, o que e como avaliar (FAZENDA *et al.*, 2009).

Para que a avaliação desempenhe as novas funções que a educação exige atualmente, faz-se necessário o uso combinado de várias técnicas e instrumentos de avaliação. Desse modo, “[...] ao verificar o rendimento escolar de seus alunos, o professor está medindo e avaliando certos comportamentos que lhe permitem deduzir o que o aluno aprendeu”. (HAYDT *apud* FAZENDA, 2009, p. 41).

Diante das dificuldades apresentadas na avaliação, as perguntas que se podem fazer são: Por que meu aluno não está aprendendo? O que posso fazer? Afinal, qual o nosso papel: cumprir o programa, ou comprometermo-nos com a aprendizagem do aluno?

A avaliação é um processo e como tal deve ser encarada. Por isso, ela deve fazer parte da rotina da sala de aula, sendo usada periodicamente como um dos aspectos integrantes do processo de aprendizagem. Dessa maneira, sendo um processo constante na prática educativa, poderá ocorrer mudança da prática de avaliação, o que implica numa revisão de concepções de aprendizagem. É um equívoco querer mudá-la sem mudar a forma de trabalho em sala de aula: Como fazer avaliação no processo, se não há participação constante do aluno em sala? O essencial está mantido e tenta-se apenas fazer uma avaliação “diferente”. Se for repetitiva, decorativa, ingênua, passiva, como propor uma avaliação crítica, participativa, reflexiva? (FAZENDA *et al.*, 2009).

É claro que nem todas as turmas são iguais e as respostas podem ser diferentes a cada vez, mas em geral, os estudantes acabam sendo cativados pelas novas possibilidades (AMA-

RAL; DUARTE, 2011).

Para Vasconcellos (1998, p.78), “Se bem feita, a avaliação pode ajudar a localizar os problemas e com isto fazer com que a aprendizagem seja melhor, mas ela não pode, por si, alterar a qualidade da aprendizagem”. É comum o professor se questionar: “Como avaliar um aluno que não se interessa?”; “Como avaliar um aluno que falta muito?” Na maioria das vezes, a dificuldade não está na avaliação em si, mas no relacionamento, no contrato pedagógico, sendo isto o que deve ser trabalhado. Assim, vale salientar que a avaliação está profundamente integrada no processo de aprendizagem. E que o melhor método de avaliação é o método de reflexão sobre a própria prática e replanejar o processo de ensino-aprendizagem.

Sendo assim, há uma atividade quase que infinita entre o professor e a avaliação, pois o primeiro não existe sem o segundo e vice-versa (FAZENDA *et al.*, 2009).

METODOLOGIA

A escola que serviu de campo de pesquisa foi uma unidade da rede particular, denominada de Instituto de Educação Cenecista Marquês de Herval na cidade de Osório, nos dias 5 e 6 de dezembro de 2011, junto aos cursos técnicos de Radiologia e Enfermagem, nos horários noturnos. Para a realização da pesquisa foram avaliadas as seguintes turmas com os respectivos números de alunos:

- a) Curso Técnico de Radiologia, turma TR21: 15 alunos
- b) Curso Técnico de Enfermagem, turma TE21: 20 alunos

A pesquisa de campo em questão envolveu dois professores, um da disciplina de Proteção e Higiene Radiológica e outro da Enfermagem Médica. Para compreender o processo avaliativo e identificar suas potencialidades foram realizados dois procedimentos básicos: elaboração de uma aula integrada, sendo o conteúdo “*A importância da biossegurança no ambiente hospitalar - a tuberculose na radiologia e enfermagem*” e uma *Avaliação da aprendizagem* do conteúdo proposto. Vale ressaltar que a pesquisa de campo utilizou as diretrizes do plano de ensino dos cursos técnicos de radiologia e enfermagem da instituição para avaliar os alunos além de pesquisa bibliográfica.

Os dados foram coletados em dois momentos: utilizou-se, como instrumento, na elaboração da aula integrada, duas abordagens em sala de aula de ambos os professores junto às turmas de radiologia (TR21) e enfermagem (TE21), nos 45 minutos finais de cada aula respectivamente.

A professora do curso de enfermagem, na disciplina de Enfermagem Médica elaborou e realizou uma aula junto a turma de radiologia (TR21), através de um estudo de caso envolvendo “*A importância da biossegurança no ambiente hospitalar - a tuberculose na radiologia e enfermagem*”, bem como o professor de radiologia elaborou uma aula para a turma de enfermagem (TE21) envolvendo a mesma temática. Cada professor abordou os seguintes aspectos envolvendo suas respectivas disciplinas sobre a biossegurança em relação a saúde do cuidador de Radiologia e Enfermagem relacionados a tuberculose, conforme exposto no quadro abaixo.

Quadro 1 - Biossegurança em relação a saúde do cuidador

| Biossegurança em relação à saúde do cuidador: Radiologia e Enfermagem | |
|--|--|
| Evitar contato com secreção oral e nasal; Procurar saber o estágio da doença; Uso de máscara no paciente e no trabalhador se doença ativa; Ética no trabalho. | Riscos e cuidados com as Radiações Ionizantes; Proteção Radiológica; EPIs de uso obrigatório no setor de radiologia; Lavagem de mãos; |

Fonte: material de aula dos professores.

Após o momento de socialização sobre o assunto abordado, em sala de aula, relacionado ao quadro acima, foi realizado uma *Avaliação da aprendizagem*. Neste segundo momento, os professores formularam uma avaliação integrada (anexo I), nos moldes da instituição para os respectivos cursos técnicos e aplicaram junto aos alunos das turmas TE21 e TR21.

Esta avaliação foi desenvolvida através de um estudo de caso onde ambos os cursos técnicos estavam diretamente envolvidos, ou seja, as situações de risco em relação a biossegurança no ambiente hospitalar no processo de identificação da patologia de tuberculose, questionava a questão de segurança em relação à saúde do cuidador tanto para o técnico em radiologia quanto para o técnico em enfermagem. Como forma de sensibilizar os alunos, para a identificação do estudo de caso, ambos os professores relacionaram no quadro 1, tópicos recorrentes para ambos os profissionais de seus cotidianos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir serão apresentados alguns resultados referentes à pesquisa de campo realizada no Instituto de Educação Cenecista Marquês de Herval, junto aos cursos técnicos de Radiologia e Enfermagem nas turmas TR21 e TE21, respectivamente.

A apresentação dos resultados será feita descrevendo-se o processo de avaliação docente integrado, suas dificuldades, seus anseios, a receptividade dos alunos ao método apresentado pelos professores, bem como o resultado das avaliações realizadas com alunos (anexo I).

Em relação à experiência vivenciada pelos professores na avaliação docente integrada, envolvendo a enfermagem e radiologia, foi possível observar a construção e reconstrução de conhecimentos pelas ações conjuntas de profissionais de diferentes áreas, favorecendo uma maior integração da enfermagem com a radiologia e da radiologia com a enfermagem.

A turma de radiologia (TR21) foi bastante receptiva ao professor da disciplina de Enfermagem Médica do curso Técnico em Enfermagem. Realizaram questionamentos inclusive, indo além do tema proposto (“a importância da biossegurança no ambiente hospitalar - a tuberculose na radiologia e enfermagem”), tais como: HIV/AIDS, suas formas de prevenção, tratamento, transmissão, entre outros.

É importante destacar que durante a realização da aula, bem como, nos resultados apresentados nas avaliações (anexo I) foram observados os seguintes aspectos, conforme quadro abaixo:

Quadro 2- Aspectos observados pelo docente durante a pesquisa de campo – TR21

| Aspectos observados pelo docente durante a pesquisa de campo – TR21 | |
|---|--|
| Realização da aula | Avaliações |
| Alunos: Interessados; Questionadores; Identificados com os objetivos propostos pela interdisciplinaridade; Conscientes da aplicabilidade da biossegurança da enfermagem dentro da radiologia. | Identificaram: Situações claras de riscos relacionados principalmente com os estágios da doença, formas de transmissão e tratamento. Não identificaram a importância do atendimento prioritário no setor de radiologia. Justificaram: Principalmente o uso de máscara para evitar contato com secreção oral. |

Fonte: pesquisa realizada com alunos.

A turma de enfermagem (TE21) participou da aula do professor da disciplina de Proteção Radiológica, do curso Técnico em Radiologia com certa apreensão, poucas intervenções no decorrer do tema proposto (*“A importância da biossegurança no ambiente hospitalar - a tuberculose na radiologia e enfermagem”*), mas atentos principalmente com os riscos das radiações ionizantes (efeitos biológicos das radiações) e seus EPIs obrigatórios junto ao setor de radiologia.

É importante destacar os seguintes aspectos conforme apresenta o quadro abaixo:

Quadro 3 - Aspectos observados pelo docente durante a pesquisa de campo - TE21

| Aspectos observados pelo docente durante a pesquisa de campo - TE21 | |
|---|--|
| Realização da aula | Avaliações |
| Alunos: Interessados; Observadores; Identificados com os objetivos propostos pela interdisciplinaridade; Conscientes da aplicabilidade da biossegurança da radiologia dentro da enfermagem. | Identificaram: Principalmente os efeitos biológicos das radiações ionizantes e EPIs de uso obrigatório no setor de radiologia; Não identificaram os locais de maior risco de contato com as radiações ionizantes. Justificaram: Principalmente os riscos das radiações ionizantes associados as doenças. |

Fonte: pesquisa realizada em sala de aula.

No total foram avaliados 35 alunos que responderam as avaliações (anexo I), em conformidade com os critérios para a obtenção dos conceitos APTO e N APTO. As avaliações foram corrigidas pelos professores de ambos os cursos onde apresentaram: 24 alunos APTOS e 11 NÃO APTOS.

Foram observados pelos professores, após a avaliação, aspectos a serem corrigidos tanto por parte do docente quanto do aluno. O docente pode dedicar mais tempo para estudo e pesquisa dos temas, aperfeiçoamento das habilidades, mais trocas de experiências entre professores envolvendo processo de avaliação, criar critérios de avaliação integrada às diferentes formas de dar aula. Em contrapartida, o aluno deve fundamentar suas respostas nos referenciais teóricos abordados em aula e desvincular o interesse do aprendizado apenas aos resultados positivo das avaliações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interdisciplinaridade e uma avaliação construtiva e justa e está diretamente ligada ao perfil de profissional ao qual formamos e à postura do professor perante seus alunos. Portanto, se faz necessário a prática constante da interdisciplinaridade e uma mudança imediata nas formas de avaliar cumprindo o papel identificador do que está bom e do que é preciso ser mudado e o que ainda é necessário ser aprendido.

A atitude reflexiva sobre a prática é a única forma de melhorarmos a própria prática. É para isso que servem os encontros de formação, que possibilitam a aproximação das pessoas, o diálogo com o outro, com o diferente que amplia a visão, proporcionando um ambiente favorável às trocas, à participação e ao comprometimento. Nesse sentido a reflexão sobre avaliação deve objetivar que os alunos aprendam mais e melhor o que demanda uma mudança de postura por parte do professor e da comunidade educacional como um todo. Sendo assim, grandes desafios esperam por nós professores e grandes são as mudanças que a avaliação escolar necessita para comportar a inteireza dos sujeitos em seu processo de formação dos saberes “(FAZENDA *et al.*, 2009, p.46.).

REFERÊNCIAS

- AMARAL, C. G. F.; DUARTE, T. C. B. Interdisciplinaridade possível: revisão metodológica, orientação e avaliação coletivas. Pelotas: IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino, 2011. Disponível em: <http://www.ceped.ueg.br/anais/ivedipe/pdfs/artes/poster/58-75-1-SM.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Profae. Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Livro do Tutor, 2ed.. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formacao_pedagogica_livro_tutor_2ed.pdf. Acesso em 05 dez 2011.
- CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p.259-78.
- FAZENDA I.C.A. Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia? 4º ed. São Paulo: Loyola, 1996.
- FAZENDA, I. C. A.; SOARES, A. Z.; KIECKHOEFEL, L.; PEREIRA, L. P. Avaliação e Interdisciplinaridade. Barcelona: Revista Internacional d'Humanitats – Univ. Autònoma de Barcelona, 2009.
- GALINDO, M. B.; GOLDENBERG, P. Interdisciplinaridade na graduação em Enfermagem: um processo em construção. In: Revista Brasileira de Enfermagem, vol.61, nº 1. Brasília, jan/fev, 2008.
- GATTÁS, M. L. B.; FUREGATO, A. R. F. Interdisciplinaridade: uma contextualização. In: Acta Paulista de Enfermagem, vol.19, nº 3. São Paulo, jul/set, 2006.
- HAYDT, R. C. Avaliação do processo ensino–aprendizagem. 6. ed. São Paulo: Ática, 1997.
- MANGINI, F. N. R.; MIOTO, R. C. T. A interdisciplinaridade na sua interface com o mundo do trabalho. In: Revista Katálisis, vol. 12, nº 2. Florianópolis, jul/dez, 2009.

NACIF, M. S. *et al.* Ensino e pesquisa em radiologia e diagnóstico por imagem no curso de graduação em medicina: uma perspectiva interdisciplinar. In: Revista Ciências&Ideias, vol. 3, nº1set.2010/abr.2011. Disponível em: <http://200.20.215.200/revista/index.php/revistacienciaseideias>. Acesso em 29 nov 2011.

TORRE, S. J. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed, 1998.

VASCONCELLOS, C. S. Avaliação da aprendizagem: práticas de mudanças – por uma práxis transformadora. São Paulo: Cadernos Pedagógicos da Liberdade, 1998.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. In: Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.11, nº 4. Ribeirão Preto, jul/ago, 2003.

TORRE, S. J. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ANEXO I

Anexo do artigo “Avaliação docente integrada entre cursos: a importância da biossegurança no ambiente hospitalar: a tuberculose na radiologia e enfermagem”

ANEXO I – Avaliação: A biossegurança em relação a saúde do cuidador CNEC – CAMPANHA NACIONAL DAS ESCOLAS DA COMUNIDADE INSTITUTO DE EDUCAÇÃO CENECISTA MARQUÊS DE HERVAL Av. Jorge Dariva, 1042 – Centro – Osório – RS – CEP 95520-000 www.facos.edu.br/marques Fone/fax (51) 3663-1420

CURSO: RADIOLOGIA E ENFERMAGEM

ALUNO: _____

TURMA: TR21/TE 21 PROFESSORES: TNR Pablo Fraga, ENF^a Cristiane Martins e Nutr. Karine Rabaiolli

| | |
|--|---|
| CONTEÚDO(S) AVALIADOS(S): Biossegurança nas doenças (Tuberculose). | |
| Habilidades que serão avaliadas: Identificar situações de risco no ambiente de trabalho; Justificar ações de prevenção descritas no quadro de Biossegurança em relação a saúde do cuidador ; | Outros critérios: Clareza de ideias; |
| Critérios para a obtenção dos conceitos: Apto: o aluno será considerado apto se realizar corretamente: Se identificar situações de risco em relação a biossegurança na enfermagem e radiologia conforme conteúdo abordado em sala de aula. Se conseguir justificar as ações de prevenção descritas no quadro de Biossegurança em relação a saúde do cuidador; Não apto: Se não conseguir identificar e justificar no mínimo três itens de Biossegurança em relação a saúde do cuidador da radiologia e da enfermagem. | |

“a biossegurança é o conjunto de ações voltadas para a prevenção, e proteção do trabalhador, minimização de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados”¹.

Caso clínico: Paciente do sexo feminino, 27 anos, 170 cm e 58kg, apresentando febre,

tosse, dor torácica, perda de peso com diagnóstico inicial após exame físico, de infecção urinária e pneumonia. Não tem hábito de tomar café da manhã, sendo sua primeira refeição do dia o almoço, onde ingere um pequeno prato de feijão com arroz e ovo frito e 1 copo de suco de pacote. Refere não repetir o almoço, pois não tem apetite. À tarde também não costuma comer nada por não sentir fome. À noite, na hora do jantar, toma 1 xc de café preto com 1 pão Frances com margarina. Fez tratamento com antibióticos, analgésicos sem **resolutividade**.

Foi liberada, não melhorou.

Procurou recurso em outra cidade, onde foi realizada radiografia frontal do tórax , onde identificou-se nos ápices do paciente, focos de consolidação e lesões escavadas sugestivas de portadores de tuberculose . Como exame complementar foi realizado uma Tomografia Computadorizada de Tórax de Alta Resolução onde confirmou a TBC.

Fez tratamento por 6 meses, com realização de raio X mensal e exame de escarro.

Considerando a etapa aguda da doença antes e após o diagnóstico, argumentando sobre os cuidados na biosegurança em relação a saúde do cuidador conforme o quadro abaixo:

Quadro - Biossegurança em relação a saúde do cuidador

| Biossegurança em relação a saúde do cuidador: Radiologia e Enfermagem | |
|--|--|
| Evitar contato com secreção oral e nasal; Procurar saber o estágio da doença; Uso de máscara no paciente e no trabalhador se doença ativa; Ética no trabalho. | Riscos e cuidados com as Radiações Ionizantes; Proteção Radiológica; EPIs de uso obrigatório no setor de radiologia; Lavagem de mãos; |

1. Teixeira, P. & Valle, S. Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.



Principais fatores que contribuem para as ocorrências iatrogênicas da enfermagem na unidade de terapia intensiva

Francisco Medrado dos Santos

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.5

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um dos setores hospitalar que exige dedicação extraordinária da equipe de saúde ali atuante, por se tratar de um setor onde os pacientes têm um estado de saúde crítico, tornando-se totalmente dependentes dos cuidados dos profissionais de saúde que neste ambiente atuam, necessário se faz que cada equipe esteja envolvida num processo de educação continuada, para manter-se sempre atualizado sobre novas condutas, procedimentos, medicamentos e técnicas vigentes, os quais irão proporcionar à equipe maior segurança na sua atuação, melhor atendimento às necessidades humanas básicas do paciente, tendo como resultado um melhor prognóstico das enfermidades. A equipe de enfermagem são os profissionais da saúde que maior tempo passa em contato com os pacientes, realizando procedimentos diversos, tomando decisões, interagindo com as demais equipes multiprofissionais e com os acompanhantes orientando-os, ouvindo as suas queixas assim como as dos entes queridos; Em meio a todo o estresse do dia-a-dia, muitas são as cobranças e exigências que esta equipe tem para cumprir, razões pelas quais se exigem maior atenção e concentração no executar de suas ações, sendo que qualquer deslize poderá levá-los às práticas iatrogênica, as quais podem trazer como consequência sérios agravos à saúde do paciente. Cabe ao enfermeiro como líder da equipe de enfermagem estar atento e tomar as devidas providencias para que tais práticas sejam evitadas. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva, baseada na coleta de artigos publicados nos últimos 10 anos pela LILACS, da Biblioteca Virtual de Saúde, e Google Acadêmico. Esta pesquisa tem como objetiva identificar os principais fatores que contribuem com as ocorrências iatrogênicas na Unidade de terapia intensiva pela equipe de enfermagem; Descobrir quais as principais iatrogênicas ocorridas na neste setor, causadas pela equipe de enfermagem; Apresentar os principais agravos à saúde causados pelas iatrogenias ao paciente da Unidade de Terapia Intensiva; Conhecer os meios pelos quais o enfermeiro pode utilizar para evitar a ocorrência das práticas iatrogênicas.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva práticas iatrogênicas. enfermagem.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is one of the hospital sectors that requires extraordinary dedication from the health team working there, as it is a sector where patients have a critical health condition, becoming totally dependent on the care of health professionals. health in this environment, it is necessary that each team is involved in a process of continuing education, to always keep up to date on new behaviors, procedures, medications and techniques in force, which will provide the team with greater security in their performance, better meeting the basic human needs of the patient, resulting in a better prognosis of diseases. The nursing team are the health professionals who spin the most time in contact with patients, carrying out different procedures, making decisions, interacting with the other multidisciplinary teams and with the companions guiding them, listening to their complaints as well as those of loved ones. ; In the midst of all the day-to-day stress, there are many demands and demands that this team has to fulfill, reasons why greater attention and concentration in the execution of its actions are required, and any slip can take them iatrogenic practices, which can result in serious damage to the patient's health. It is up to the nurse as the leader of the nursing team to be attentive and take the necessary measures to avoid such practices. This is a bibliographic, descriptive research, based on the collection of articles published in the last 10 years by LILACS, from the Virtual Library of Health, and Google Scholar. This research aims to identify the main factors that contribute to iatrogenic occurrences in the intensive care unit by the nursing team; Find out which are the main iatrogenic events in this

sector, caused by the nursing team; To present the main health problems caused by iatrogenesis to the patient in the Intensive Care Unit; Know the means by which the nurse can use to prevent the occurrence of iatrogenic practices.

Keywords: intensive care unit. iatrogenic practices. nursing.

INTRODUÇÃO

Quando se pensa em tratamento de saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é notório transparecer no rosto das pessoas uma fisionomia de preocupação, de ansiedade, de medo, de incertezas quanto ao prognóstico do quadro clínico do ente querido que precise deste serviço. Tais preocupações tornam-se plausíveis por não haver uma concretude da eficiência dos cuidados prestados aos enfermos, pelos profissionais de saúde que neste setor atuam como também pela dúvida da eficiência da terapêutica empregada para o restabelecimento da saúde do usuário ali internado.

Este setor de atendimento de saúde hospitalar pela sua complexidade exige dos profissionais que nele atuam, de conhecimento diferenciado, ou seja, de especializações em saúde voltadas para o diagnóstico, para o cuidar, para a recuperação do indivíduo ali internado e que aspira cuidados específicos e intensivos.

Para Maia e Bastiam, (2013):

A atuação do enfermeiro em unidade de terapia intensiva visa ao atendimento do cliente, incluindo-se o diagnóstico de sua situação, intervenções e avaliação dos cuidados específicos de enfermagem, a partir de uma perspectiva humanista voltada para a qualidade de vida. Considerando que um dos indicadores dessa qualidade é a higidez do cliente a qual conduz ao seu bem estar nas dimensões física, mental e espiritual, acredita-se que a atuação de enfermagem pode ser favorecida pela institucionalização de um instrumento de avaliação de enfermagem que oriente os profissionais para, por exemplo, predizer se o cliente admitido na UTI apresenta ou não, fatores de risco.

Neste sentido para que haja melhor qualidade do cuidado de enfermagem é necessária uma formação de qualidade voltada aos acadêmicos de enfermagem de modo que estes se apropriem de conhecimentos científicos pertinentes a essa temática e se conscientizem da sua importância para uma assistência de enfermagem com boa qualidade.

A enfermagem responsável principalmente pelo cuidar, tendo como prognóstico a recuperação da saúde, promove as suas ações de assistência à saúde ao internado neste setor, pautada nos princípios científicos já estabelecidos há séculos atrás iniciados pela grande personagem Florence Nightingale (1820 – 1910), sendo esta personagem, pioneira na visão holística do cuidado em saúde e de humanização no tratamento de pessoas enfermas.

Ao longo dos tempos, a enfermagem vem evoluindo-se como ciência e como arte, na assistência dos cuidados, na prevenção, na promoção e recuperação da saúde do indivíduo na sua singularidade e na sua pluralidade enquanto sociedade.

Conforme citado por Juliani (2018), O enfermeiro como líder da equipe de enfermagem é o profissional que tem a responsabilidade da maior parte da assistência e cuidados para com o paciente internado na unidade de terapia intensiva, tendo este profissional a necessidade de estar sempre envolvido no conhecimento científico, atualizando-se para com maior habilidade

poder realizar os procedimentos, treinando os demais da equipe para a execução e manutenção das ações de enfermagem ali desenvolvidas e prestadas.

Todo o conhecimento, todo o preparo emocional e toda dedicação que os profissionais da enfermagem dispensam na assistência à saúde na Unidade de Terapia Intensiva, objetiva a não ocorrência das práticas iatrogênicas aos pacientes neste setor situados, e por isso notório se faz que se conheça o seu real significado, tais práticas, bem como as suas causas.

“A palavra iatrogeni diz respeito a qualquer modificação patológica do paciente ocasionada por práticas da equipe de saúde, sendo elas inadequadas ou não, podendo levar prejuízos à saúde e bem-estar, colocando em ameaça a segurança do paciente”. (SILVA, FURLAN E SILVA, 2018).

Para as autoras supramencionadas, a palavra iatrogenia que era muito utilizada para a população médica, conforme relatos da história, a partir do século XVIII, outras classes de profissionais como a da enfermagem que está sempre na linha de frente da promoção, da prevenção e da prestação dos cuidados à saúde da população foram incluídos nos estudos relacionados a tais práticas iatrogênicas.

Na visão de Farias *et al.* (2010) a iatrogênia é um problema de saúde pública que pode ser amenizado a sua ocorrência ou mesmo prevenido pela equipe de enfermagem atuante nas unidades de terapias intensivas, principalmente pelo enfermeiro por este estar em constante interação com o paciente, com os seus familiares mais frequentemente em se comparando com outros profissionais frequentes deste setor hospitalar.

A principal proposta deste estudo é mostrar ao público os principais fatores contribuintes às ocorrências iatrogênicas no setor hospitalar denominado Unidade de Terapia Intensiva, pautado na literatura, descobrir quais as principais iatrogenias ocorridas neste ambiente hospitalar bem como os principais agravos à saúde que tais ocorrências podem causar aos pacientes ali internados e em contrapartida conhecer quais os meios que o enfermeiro como profissional responsável pelo gerenciamento da equipe de enfermagem usa, ou possa usar, para que se possa prevenir a ocorrência destas práticas denominadas iatrogênicas.

OBJETIVOS

Geral

Identificar os principais fatores que contribuem com as ocorrências iatrogênicas na Unidade de terapia intensiva pela equipe de enfermagem.

Específicos

Descobrir quais as principais iatrogênicas ocorridas na Unidade de Terapia Intensiva causadas pela equipe de enfermagem

Apresentar os principais agravos à saúde causados pelas iatrogenias ao paciente da Unidade de Terapia Intensiva.

Conhecer os meios pelos quais o enfermeiro pode utilizar para evitar a ocorrência das práticas iatrogênicas.

A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Para Massaroli *et al.* (2015), A assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) além de ser uma tarefa árdua, também é um trabalho complexo, exigindo do enfermeiro o desenvolver criativo e científico de técnicas de cuidados; A equipe de enfermagem atuante neste setor executa as suas funções de maneira dinâmica com todos os demais profissionais de saúde atuantes neste setor hospitalar, fazendo uso do conhecimento tecnológico, dos instrumentos disponíveis, proporcionando a estes profissionais a potencialização de uma prestação de serviço de assistência de saúde, que se reflete em um cuidado qualitativo na recuperação do paciente ali internado. Segundo estes autores, o conhecimento não só científico, mas também em lidar com os aparelhos de alta tecnologia neste ambiente pela equipe de enfermagem, é um fator de grande contribuição para o processo de restauração e recuperação da saúde do enfermo sob os seus cuidados.

Conforme citado por Pereira *et al.* (2019), a complexidade da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva é Caracterizada como Assistência de qualidade, devido às condições clínicas em que o enfermo se encontrada, em momento crítico, devido aos iminentes riscos de morte, devido a sua fragilidade e de sua dependência total da equipe de saúde para a sua sobrevivência, momento este de muito sofrimento não só do paciente, mas também de seus familiares, onde os profissionais da enfermagem além de lhes prestar cuidados específicos das suas patologias, também atentam para as suplências singulares do ser humano, tanto emocional, quanto biológica ou espiritual.

Para Oliveira *et al.* (2018):

É necessário que haja aperfeiçoamento no modo de administrar dos gestores em saúde, para que forneçam condições suficientes para a equipe de saúde, especificamente a enfermagem, aplicar o cuidado humanizado. Os trabalhadores em saúde precisam desse apoio para execução de uma assistência de qualidade para os pacientes internados, uma vez que já foi comprovado que a humanização traz efeitos benéficos para recuperação da saúde dos pacientes.

Notório se faz saber que, para que haja qualidade na assistência de enfermagem ao paciente de Unidade de Terapia intensiva, é necessário em primeiro lugar que haja a humanização, e esta humanização tem que ser abrangente aos pacientes por estarem com as suas necessidades humanas básicas afetadas, pelo sofrimento não só físico, biológico, mas também em tantas outras áreas de sua vida, bem como aos profissionais da enfermagem que estão a lidar com as situações diversas dos pacientes e dos seus familiares, e por serem também pessoas que tem problemas diários, que também são vulneráveis aos desafetos da vida, as incompreensões e a sofrer com o sofrimento alheio. Uma vez sendo isto levado em consideração pelas instituições de saúde, haverá uma prestação de serviço de saúde de qualidade, sendo refletida na recuperação precoce, no prognóstico favorável do quadro clínico do paciente, sendo menos provável a ocorrência dos fatores iatrogênicos, sendo minimizados fatores como deficiência de recursos humanos pelo absenteísmo, por insatisfação profissional, por negligências no executar das devidas atribuições.

ERROS OU INCIDENTES - OCORRÊNCIAS IATROGÊNICAS

O que pode ser compreendido como sendo um erro ou incidente ou ainda como um evento circunstancial é tudo aquilo que foi ou é resultado de um dano desnecessário ao paciente, provenientes de atos intencionais ou não intencionais, os quais quando não o doente ou sendo detectado antes de o atingir é chamado de Near miss que traduzido é: “quase erro”, porém quando tal incidente ou erro cometido chega a atingir o paciente, mas estes tais não chegam a lhe causar danos aparentes, ele é chamado de “incidente sem dano”; Se, todavia for constatado que tais incidentes ou erros puderam ocasionar danos à saúde do paciente, é chamado de “incidente com dano ou evento adverso” (SANTOS *et al.*, 2019).

Conforme citado por Furlan, Silva e Silva (2018):

A palavra iatrogenia diz respeito a qualquer modificação patológica do paciente ocasionada por práticas da equipe de saúde, sendo elas inadequadas ou não, podendo levar prejuízos à saúde e bem-estar, colocando em ameaça a segurança do paciente.

Este termo tem sido utilizado desde as civilizações antigas, sendo possível observar a partir do trecho abaixo, o qual faz parte do código Hamurabi, que foi escrito no século XVIII a. C, pelo rei Hamurabi, onde é explicitada a preocupação e até mesmo a punição para a ocorrência de iatrogenias.

Atores como Farias *et al.* (2010), vêem as práticas iatrogênicas como uma questão de saúde pública, esclarecendo que o enfermeiro como profissional de saúde que está à frente das ações de enfermagem no setor de Unidade de Terapia Intensiva e que no seu dia-a-dia tem interagido com os pacientes internados neste setor, bem como com os seus familiares, são os profissionais que são especialmente capacitados em detectar, prevenir e ou melhorar as ações de saúde, a fim de evitar que tais práticas sejam realizadas.

Os enfermeiros no seu cotidiano podem gerar muitas oportunidades para o acontecimento das iatrogenias, sendo algumas: a falta de interesse pelas atividades; a preocupação somente em gerenciar a equipe, não se preocupando em manter o contato com o paciente; falta de motivação e falta de informação; a necessidade freqüente de substituir outros profissionais da equipe nas suas tarefas; a não realização da sistematização e organização dos documentos sobre o cuidado de enfermagem; a falta de supervisão adequada sobre o trabalho de técnicos e auxiliares de enfermagem; a realização incorreta dos procedimentos aprendidos durante a vida acadêmica; pouco interesse sobre educação continuada para si mesmo e sua equipe... (SANTOS, *et al.*, 2019).

Santana *et al.* (2015), entendem que vários são os fatores que poderão possibilitar as ocorrências das práticas iatrogênicas na equipe de enfermagem e que são erros cometidos de ordem multifatoriais, dentre os quais podem se destacar o excesso de atividades físicas realizadas diariamente, o fator psicológico pelo desgaste mental exercido nas tomadas de decisões, o longo período dos plantões, fatores como a falta de incentivos profissionais, como exemplo remunerações defasadas e faltas de outros benefícios, eficiência do número de profissionais neste setor, bem como as complexas e árduas tarefas a serem executadas na assistência de saúde aos pacientes deste setor hospitalar, tornando estes profissionais passíveis de erros e que tais fatos irão refletir no prognóstico do paciente de forma negativa.

Dentre todas as alegações vistas que poderão trazer prejuízos à saúde do paciente, é importante lembrar que não somente para a segurança dos profissionais da equipe de enfermagem, mas também pra os enfermos ali presentes: “de nada adianta ser cuidado por uma equipe multiprofissional que visa à promoção do bem-estar do paciente se a estrutura não colabora com

o funcionamento adequado da prestação de uma assistência qualificada”, (COSTA *et al.*, 2016).

Para alguns autores a ocorrência dos fatores iatrogênicos praticados pelos profissionais da enfermagem são resultados da negligência da execução de cuidados que deveriam ser feitos, da sua prática de forma incompleta e desta forma colaborando para a ocorrência de algum prejuízo de ordem física ou mesmo moral, ocasionando certos transtornos ao paciente, (FARIAS *et al.*, 2010).

Nos dias atuais, prestar uma assistência de saúde ao paciente em um setor hospitalar como a Unidade de Terapia Intensiva e assegurar um serviço de qualidade, onde o paciente possa sofrer o mínimo possível de riscos e danos a sua saúde, tem sido para os profissionais de enfermagem um desafio imenso, pois por mais que estes profissionais esforcem-se, doando-se aos cuidados, ao cumprimento de protocolos e das mais variadas cobranças, mesmo assim ainda ocorrem as práticas iatrogênicas (SANTANA *et al.*, 2015).

FATORES CAUSADORES DAS PRÁTICAS IATROGÊNICAS PELA ENFERMAGEM NA UTI

Para Maia e Bastian (2013), as ocorrências iatrogênicas frequentemente encontradas em suas pesquisas realizadas em artigos, revistas, livros, e em outros trabalhos científicos no dia-a-dia do trabalho dos profissionais da área da enfermagem atuantes no setor das unidades de terapia intensiva, corresponde às seguintes ações: O desinteresse demonstrado por estes profissionais no desenvolver das suas atividades laborais no seu cotidiano; A falta da aproximação do (a) enfermeiro (a) para como os seus pacientes, onde este profissional tem a sua preocupação diária voltada mais para as suas atribuições administrativas, em como gerenciar a sua equipe de trabalho; A desmotivação profissional motivada pela deficiência da informação; A não estabilidade de uma equipe de trabalho, sendo necessário frequentemente estar substituindo-os; O não atentar para a devida importância da sistematização da assistência de enfermagem, contemplando todas as etapas do cuidado; O relaxamento no acompanhamento do enfermeiro quanto às atividades dos seus técnicos e ou auxiliares de enfermagem; A indevida realização das formas corretas das técnicas aprendidas ao longo de sua vida acadêmica, realizando os devidos procedimentos incorretamente; O desinteresse em perpetuar no processo de educação continuada, em não adquirir novos conhecimentos tanto para si quanto para aquele sob a sua responsabilidade profissional; A ampla carga horária de trabalho do profissional; A observância do que diz as leis do exercício profissional quanto ao que rege as suas atribuições; A desmotivação pela vida profissional.

Silva *et al.* (2006), tem observado minuciosamente que no cotidiano da assistência de enfermagem no âmbito hospitalar, o profissional enfermeiro tem deixado transparecer certo desinteresse nas suas ações assistenciais, onde os autores justificam que tal conduta é consequência de algumas situações vivenciadas no dia-a-dia deste profissional, dando como exemplos acúmulos de atividades a serem executadas, das quais nem sempre o profissional consegue executá-las na íntegra, e que nem sempre é compreendido pelos próprios colegas de trabalho quando, na passagem de plantões passam alguma pendência, pois aquele que acaba pegando o seu plantão também tem muitas atividades a serem executadas e temem em não poder dar conta das suas tarefas ou mesmo por já vir de outro plantão, cansativo e estressante.

A aproximação do enfermeiro para com o seu cliente no meio hospitalar é de fundamental importância para a sua recuperação o mais precocemente possível, e esta aproximação se dá pela comunicação. Segundo Pontes, Leitão e Ramos (2007), uma das formas tratamento terapêutico do paciente no setor hospitalar é a comunicação verbalizada entre este indivíduo e o profissional da enfermagem, a qual não se resume em uma simples troca de palavras, de informações, de mensagem, mas sim uma ação que não seja levada por impulsos, devendo ser esta ação planejada, nesta ação os autores argumentam que o profissional de enfermagem consegue identificar as devidas necessidades dos clientes, esclarece a estes sobre os procedimentos a serem realizadas, situações a serem enfrentadas, além de promover o relacionamento do paciente com a equipe multiprofissional envolvida na prevenção, promoção e recuperação de sua saúde, promovendo ainda ações como: 'educação em saúde, troca de experiências e mudança de comportamentos, entre outros'.

Para os estimados autores, o enfermeiro precisa não só acreditar, mas também estar envolvido nesta ação de comunicação, tendo em mente que tal ação tem tamanha importância quanto às práticas técnicas aplicadas, visto que para a aplicação destas práticas torna-se indispensável à prática da comunicação com o paciente, para que haja cooperação do mesmo durante os procedimentos a serem realizados, devido ao estresse causado, havendo assim a humanização do cuidado.

O enfermeiro na condição de líder de uma equipe de enfermagem de UTI precisa ter o conhecimento dos fatores que desmotivam a sua equipe neste setor hospitalar, pois todas as atividades desenvolvidas neste ambiente dependem fielmente do envolvimento de cada componente desta equipe e este envolvimento é desencadeado por diversos fatores os quais são classificados em dois grupos distintos, os quais são chamados de Fatores higiênicos, os quais englobam satisfação salarial, adequadas condições físicas e ambientais do local de trabalho, os benefícios oferecidos pela instituição de trabalho, a convivência social no ambiente de trabalho, a relação trabalhador e liderança da empresa, e Fatores motivacionais 'referem-se ao conteúdo do cargo, às tarefas e aos deveres relacionados com o cargo em si. Produzem efeito duradouro de satisfação e de aumento de produtividade em níveis de excelência, isto é, acima dos níveis normais', em contra partida a desmotivação sofrida pela equipe é motivada por fatores como Salário defasado, Condições físicas e ambientais de trabalho que desfavorecem as ações do trabalhador, ausência de Benefícios sociais, Políticas da empresa que não contribuem para o bem estar do empregado, Tipo da supervisão autoritária e sem empatia da chefia, difícil Relacionamento interpessoal entre a equipe e a falta de Oportunidades decrescimento profissional na instituição, todos estes fatores levam os profissionais ao desânimo, a falta de criatividade, a desmotivação, o que acaba refletindo na qualidade da assistência prestada ao paciente gerando a iatrogenia, Melara *et al.* (2006); Cunha (2017).

No entender de Zucatti (2012), um grande desafio que a enfermagem vem enfrentando no seu dia-a-dia, se refere à gestão de pessoas nas instituições de saúde hospitalar e claro no setor de UTI. Segundo a autora, em uma pesquisa realizada por ela, há grande movimentação de ligamento e desligamento no quadro de funcionários na empresa e este fator de desestabilidade que é atribuído a várias questões como: Outro emprego com melhor salário e que coincidia com o emprego atual, outro emprego dentro de sua área de formação profissional o curso superior, outro emprego mais perto de sua residência ou com melhor condição de acesso, outro emprego por passar em concurso e que lhe garanta uma estabilidade profissional, saiu por ter

problemas com a liderança da equipe ou com a própria equipe de trabalho, saiu por insatisfação com o trabalho, saiu por não se adaptar ao setor de trabalho, no caso a UTI, foi despedido por não ter as habilidades técnicas exigidas para o setor, despedidas por motivos de faltar muito ao serviço, e por vários outros motivos, trazem consequências para toda a equipe, há certo desequilíbrio no executar das ações de enfermagem, e isto pode contribuir para as práticas iatrogênicas, pois segundo a mesma:

A cada desligamento, é necessário buscar um profissional adequado para preencher a lacuna deixada. Porém, esta lacuna dificilmente pode ser expressa de forma objetiva, pois não é apenas o profissional, sua formação técnica, treinamento e conhecimento das rotinas e normas institucionais que saem de cena, mas o colega e membro da equipe, muitas vezes integrado não só à empresa, mas ao setor e a todos com quem conviveu enquanto ali trabalhou. (ZUCATTI, 2012)

Para Silva e Moreira (2011), o profissional enfermeiro atuante na UTI precisa estar familiarizado e atualizado com o planejamento assistencial de enfermagem que vá de acordo com as necessidades da clientela sob os seus cuidados neste setor, a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) é o instrumento que este profissional tem em suas mãos para auxiliá-lo a determinar aquilo que for mais relevante para a execução das ações de saúde, sendo isto de vital importância no processo do cuidar. Ainda para os autores, a SAE transpõe todas as demais fases do processo de enfermagem, pois trata-se de uma atuação contínua, norteada e de uma forma plena, onde é permitida a colheita e a aplicabilidade do conhecimento que se tornará essencial na tomada de decisões.

Aguiar *et al.* (2012), citam que analisaram em pesquisas realizadas por eles que, o não executar na íntegra das ações de enfermagem ao paciente, pode ter como consequência o retardamento da resposta clínica positiva do paciente:

“Alguns empecilhos impostos à SAE, como a dificuldade de alguns enfermeiros em se adaptar a esse método e a sobrecarga de trabalho. A falta de conhecimentos em realizar as diferentes etapas do processo de enfermagem, a falta de preparo, a não-visualização da enfermagem como responsável por gerenciar a assistência e o fato de não conhecer as necessidades do cliente de forma holística, interferem negativamente na interação enfermeiro/paciente, comprometendo a qualidade da assistência”.(AGUIAR *et al.*, 2012)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma ferramenta utilizada pelo enfermeiro, na qual ele pode elaborar o planejamento das ações de enfermagem aos pacientes em todos os setores hospitalar, assegurando assim ao seu cliente ali estabelecido a responsabilidade dos cuidados prestados, pautado pelos princípios científicos; É um processo pelo qual o profissional se norteia, para que em qualquer situação que possa ocorrer este profissional possa tomar as devidas decisões dentro dos devidos critérios gerenciais da sua equipe, evidenciando a sua autonomia profissional. Tendo em mente que, procurar prestar uma assistência de enfermagem de qualidade sem estar alicerçado na elaboração contida nesta sistematização, por mais que haja a dedicação total de toda a equipe de enfermagem envolvida, não terá a sua devida eficácia refletida nos resultados, Silva *et al.* (2011).

O enfermeiro assume dentro da sua unidade hospitalar o papel tanto assistencial, quanto gerencial; Segundo Jorge *et al.* (2007), este profissional tem buscado ao longo dos anos maneiras mais eficazes de conciliar o seu papel assistencial com o seu papel de também administrativo, executando tais responsabilidades diariamente, procurando de forma harmônica o não distanciamento de assistir ao seu paciente, de lhe prestar os cuidados essenciais o qual é o seu foco principal. Para os autores supracitados, muitas das vezes o enfermeiro na execução

das suas atividades administrativas, acaba se envolvendo na resolução de problemas que não são necessariamente da sua equipe de enfermagem, afastando-se da assistência que é o seu objetivo maior, atuando como um 'apaga incêndios', deixando a sua principal atividade que é a assistencial em segundo plano, resultando no afrouxamento do seu papel de supervisão da sua equipe de trabalho em suas atividades diárias e do processo de educação continuada desta equipe.

TIPOS DE IATROGENIAS CAUSADAS AOS PACIENTES PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Iatrogenia de ação

A Iatrogenia de ação é causada pelas ações técnicas via procedimentos realizados pela equipe de enfermagem no decorrer do dia-a-dia, no cuidado para com o paciente hospitalizado, pela falta de atenção no ato das atividades, na qual se incluem vários fatores como, estar com o pensamento distante ao que se deve estar a realizar, falta de técnica correta dos procedimentos, não saber improvisar na ocorrência de imprevistos, ou seja, a falta da criatividade, o mau relacionamento paciente/profissional, onde o profissional não atento para as necessidades humanas básicas afetadas do seu cliente ali à mercê dos seus cuidados, os atos de imprudências nos cuidados como deixar as grades da cama abaixadas enquanto se ausenta do quarto, em atos de negligências como não medicar o paciente na hora certa, não colher os exames laboratoriais, etc.

Iatrogenia de omissão

A Iatrogenia da omissão se baseia na falta das ações do profissional de enfermagem aos cuidados a serem prestados ao seu paciente, como exemplo podemos citar o paciente que está bronco aspirando, sufocando de tanta secreção, o profissional presencia o fato, mas não toma as devidas providências para evitar o sofrimento do mesmo, ou mesmo diante da queixa de dor em não tomar as devidas providências para que se amenize aquele sofrimento, o que irá contribuir para o agravamento do quadro clínico do paciente, esquecendo-se da prática da humanização, existem centenas de outros exemplos que poderiam ser relatados aqui, mas com os exemplos citados, dá para se ter uma noção de tais práticas iatrogênicas.

PRINCIPAIS IATROGENIAS CAUSADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UTI

Em pesquisa realizada por Silva (2013), a autora relata que encontrou vários estudos onde há a revelação de alto índice de causas de práticas iatrogênicas pelos profissionais de enfermagem no setor de Unidade de Terapia Intensiva, que classificado pela autora segue a seguinte ordem: **Erros de Medicação** – onde segundo a autora a referida pesquisa teve uma expressiva indicação em todos os estudos, portanto sendo classificada em primeiro lugar neste ranking de sucessivos erros; **Problemas com cateteres e sondas** – Tem sido motivo de muita preocupação as ocorrências iatrogênicas referente às técnicas de passagens e de cuidados com os Cateteres Venosos Central e Periféricos, de Oxigênio, com as Sondas Naso Enterais, Nago e

Oro Gástricas, Vesicais de Alívio e de Demora e outros, os quais tem ocupado significativo lugar de destaque assumindo assim uma segunda posição nos erros Iatrogênicos; **Problema com tubo endotraqueal e traqueostomia** – Os cuidados com estes dispositivos exigem dos seus cuidadores além de conhecimento técnico, habilidades e muita atenção ao que está se fazendo e estar sempre atento as devidas intercorrências a que o seu usuário possa vir a apresentar, e é percebido pelos estudos como um fator importante de causas iatrogênicas; **Problemas de monitorização** – A monitorização do paciente consiste em verificar os parâmetros vitais através da verificação da temperatura, da sua frequência cardíaca, da sua temperatura, dos seus movimentos respiratórios, da sua pressão arterial, da sua saturação, da intensidade da dor referida ou apresentada, como também através de outros meios tais como controle de eliminações de secreções de drenos, eliminações vesical e intestinal, etc., pois por tais parâmetros fornecem aos médicos as devidas informações necessárias para as suas devidas condutas de tratamento que são diferenciadas para cada paciente, e infelizmente esta monitorização tem sido feita de forma ineficaz conforme estudos, contribuindo para as principais causas iatrogênicas, devendo ser isto considerado um sério motivo de preocupação; **Úlcera por Pressão** – A enfermagem sabe claramente que os pacientes internados no setor de terapia intensiva é um paciente vulnerável a várias situações de agravos ao seu corpo, a úlcera por pressão ou lesão por pressão, como é definida às feridas que surgem em regiões onde há o cisalhamento devido ao contato do corpo com o leito, é o resultado de fatores que ocorrem neste setor hospitalar aos quais podem ser evitados, fatores como a sobrecarga de atividades a serem executados durante todo o plantão, cobranças excessivas e protocolos a serem cumpridos no seu dia-a-dia, acabam por tratar a atividade como realizar a mudança de decúbito como algo de pouca importância, priorizando umas e menosprezando outras atividades, resultando isto em agravo ao quadro clínico do hospitalizado, além de gerar custos para a instituição. **Queda** – Segundo pesquisado pela autora, existe pesquisa em que há relatos desses eventos em que uma significativa porcentagem de 63% dos pacientes que sofreram este tipo de descuido por parte dos profissionais, tiveram como agravantes as seguintes complicações: ‘contusões com hematomas, fratura, lesões tissulares com e sem necessidades de sutura, edema, retirada ou desconexão de diferentes artefatos terapêuticos’.

Infecções urinárias e respiratórias – A equipe de enfermagem executa muitos procedimentos prescritos pelos médicos e ou pelos enfermeiros responsáveis pelo setor, procedimentos menos invasivos são realizados pelos auxiliar e técnicos de enfermagem, enquanto que os procedimentos mais invasivos são realizados pelos enfermeiros, entre os procedimentos que competem aos enfermeiros, estão a passagem de Sondas Vesicais de demora, Sondas de alívio, aos auxiliares e técnicos cabem os cuidados de controle de diurese, desprezo e anotações destes débitos e aspectos destes resíduos, outros cuidados prestados por estes profissionais se referem a cuidados do trato respiratório, como limpeza de traqueostomias, aspirações das secreções nasal, oral e da traqueostomia, os quais devem ser realizados com toda a técnica correta, afim de se evitar contaminações, principalmente em regiões onde tem que ser realizadas com técnicas estéreis, e o enfermeiro como líder de equipe deve sempre estar atento aos procedimentos realizados por sua equipe, para que o índice de infecções do trato urinário e do trato respiratório sejam diminuídos, eliminados, por falha de técnicas corretas dos procedimentos. **Não realização de procedimentos** – A não realização dos procedimentos prescritos pelo médico ou pelo enfermeiro para a equipe de enfermagem, constituem negligência no tratamento ao enfermo, e tal conduta deve ser tratada com certo rigor pelo enfermeiro do setor responsável pela sua equipe de técnicos de enfermagem, pois a não realização de procedimentos implica em

deixar de promover a saúde ao paciente, tais procedimentos como dar banho no paciente, fazer a higiene íntima e as devidas trocas de fraldas, deixar de dar as dietas ou de auxiliá-lo nas mesmas, deixar de realizar os curativos prescritos com os determinados produtos medicamentosos, deixar de fazer as aspirações das secreções das vias aéreas, são apenas alguns dos exemplos expostos que poderão ser considerados como práticas iatrogênicas, pois tudo isto irá colaborar para o agravamento do quadro clínico do paciente hospitalizado. **Anotações de enfermagem incorretas** – A anotação de enfermagem é o registro de suas ações realizadas no cuidado para com o seu paciente, desde um simples controle de sinais vitais até os mais complexos cuidados prestados devem ser registrados neste campo da sistematização, onde o enfermeiro é o responsável em fazer a devida prescrição para que a sua equipe de enfermagem a executem, deixar de anotar aquilo que se faz, significa para todos que leem as devidas anotações que o que deveria ser feito não se fez, logo volta-se a questão da negligência, pois como o profissional irá provar que fez as devidas ações se não há registro algum que comprove os seus feitos? A anotação de enfermagem incorreta implica em não anotar corretamente ou em deixar de anotar o que foi feito durante o plantão. **Problemas nos cuidados básicos** – Muitos podem ser os problemas causados pela enfermagem na realização dos cuidados prestados aos pacientes internados na UTI, problemas estes causados por vários fatores a saber, falta de prática técnica, falta de conhecimento teórico científico, falta de dedicação, respeito e atenção ao que estar fazendo, podendo contribuir para práticas de imprudência, negligência ou imperícia. **Problemas com dietas** – O paciente hospitalizado em uma UTI, é um paciente que faz uso de vários equipamentos hospitalar, várias bombas de infusão contínua, cateteres diversos, acessos venosos, fios de monitorizações diversos, tudo isto para dar suporte na sua assistência, necessário se faz uma atenção redobrada na administração de soluções como soros, medicações, concentrados de hemácias e outras, além das dietas enterais e parenterais nestes pacientes, pois com tantas vias de administrações instaladas no paciente, pode haver pela desatenção a administração de dietas em vias não indicadas, podendo evoluir por exemplo para quadro clínico de embolia no paciente, podendo levá-lo a morte. **Problemas administrativos** – Muitos são os protocolos estabelecidos para que sejam seguidos no setor hospitalar, muita burocracia, muitos formulários a serem preenchidos, muitas são as ordens a serem seguidas, de tal forma que grande parte do período do plantão do enfermeiro é atribuído a tais fatores, os quais são necessários, mas que poderiam ser simplificados e ou executados por um funcionário do administrativo, deixando apenas para uma simples conferência e assinatura do enfermeiro. Um outro fator importante que se inclui nestes problemas administrativos é o recurso humano deste setor, a deficiência do número de funcionários, sobrecarregando a equipe nas suas atribuições, comprometendo todas as ações a serem executadas no cuidado para com o paciente, caindo na “armadilha” de vamos fazer o que der. **Atitudes** - A equipe de enfermagem no setor de UTI além do conhecimento científico e técnico que precisam dominar muito bem, tem que ser uma equipe dinâmica, que tenha visão da situação que os cercam, de tudo que está acontecendo ao seu redor, e em consequência disto agir em prol do bom funcionamento do trabalho de toda a equipe e da recuperação do paciente ali presente, não dá pra fingir que não viu que a medicação da bomba de infusão acabou, que o paciente estar dessaturando, que está tendo uma parada cardio respiratória, que o paciente está encharcado de urina, etc. **Hemotransfusão** – É um procedimento que embora pareça simples e de menos complexidade para os que atuam neste setor, requer muita atenção para aquele que está administrando ao paciente, tem que haver a checagem correta do paciente, da tipagem sanguínea, das reações adversas que possam ocorrer, da quantidade a ser infundida, qualquer falta

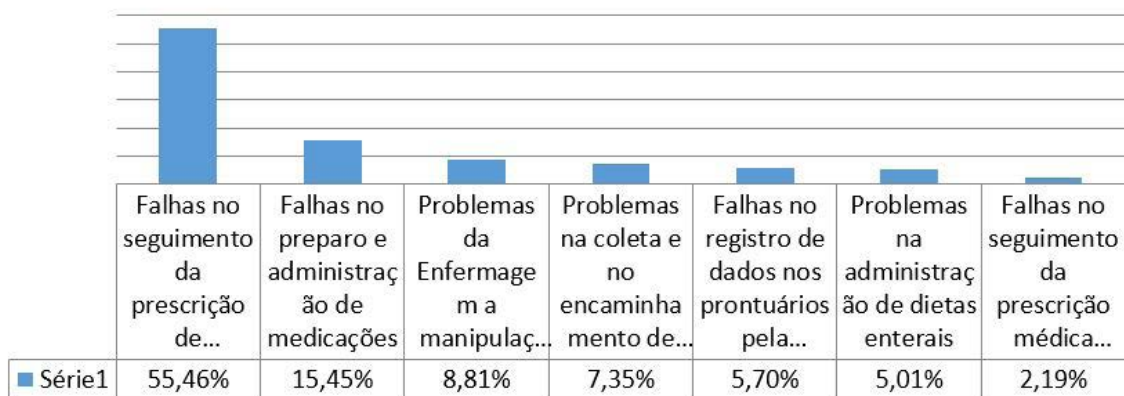
de observância destes itens podem ser fatal para a vida de quem estar recebendo este material. relacionados a medicamentos, dermatites, assaduras, úlceras por pressão, falhas no diagnóstico e tratamento médicos, flebites, problemas de contenção de pacientes.

OS PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE CAUSADOS PELAS IATROGENIAS AO PACIENTE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Em estudos realizados por Novaretti *et al.* (2014), as ocorrências das práticas iatrogênicas em pacientes internados podem chegar a uma expressiva porcentagem de 60% destes pacientes, e em 20% dos pacientes internados em uma UTI, sendo considerados as práticas iatrogênicas em dois tipos: Incidentes sem danos, sem lesão, onde tais praticas iatrogênicas não deixam danos diretamente aos pacientes, os quais são: ‘falhas no seguimento da prescrição de enfermagem’, Esta prescrição são ordens de cuidados e ações de enfermagem prescritos pelo enfermeiro para serem realizados pela equipe de enfermagem no paciente, como verificações de sinais vitais, mudanças de decúbitos, curativos, etc.; ‘falhas no seguimento da prescrição médica não medicamentosa pela equipe de enfermagem’, além da prescrição médica dos devidos medicamentos de uso do paciente, o médico prescreve também alguns cuidados e ações específicas como Balanço hídrico, realização de glicemia capilar entre outros; ‘Falhas na administração de medicamentos’, nesta situação incluem modo do preparo dos medicamentos a serem administrados, a dosagem certa do fármaco, o cumprimento do devido horário da administração, etc.; ‘Problemas da Enfermagem na manipulação de sondas e cateteres’ isto implica na falta de conhecimento, a não observância aos devidos cuidados e controles dos débitos, dos aspectos e dos manuseios com tais dispositivos aderidos ao corpo do paciente que podemos dar como exemplo o Dreno de Tórax, Cateter Venoso Central, Sonda Vesical de Demora e tantos outros.; ‘Problemas no encaminhamento de exames’, para esta situação exemplifica-se a não identificação correta destes pacientes com o nome do paciente, a quantidade inadequada do material a ser examinado, a demora na entrega do material ao laboratório; ‘Falhas no registro de enfermagem’, esta falha tem sido constante nas atividades diárias da equipe de enfermagem, o profissional realiza as atividades e se esquece de fazer as devidas anotações dos procedimentos realizados na confiança de que o fará depois, acabam se esquecendo, um outro profissional não sabendo que já foi realizado poderá repetir tal procedimento, ou mesmo ou acontece o contrário, ninguém fez o procedimento mas também não deixa justificado porque não o fez; ‘Problemas na administração de dietas enterais e exames não realizados’, quanto a situação da administração da dietas, o profissional responsável pelo paciente deve estar atento aos horários das dietas enterais a serem administradas, aos cuidados com as sondas, ao gotejamento da dieta no equipo ou se a bomba de infusão está funcionando corretamente, se está bem programada, evitando assim a desnutrição do paciente e ou um quadro de diarreia devido a rapidez com que esta dieta foi administrada. Conforme enfatizam Novaretti *et al.* (2014), tais incidentes podem ser evitáveis ou preveníveis, porém lamentavelmente acontecem com cerca de 40 a 45% do total das iatrogenias; O outro tipo de práticas iatrogênicas, os autores a titulam de Incidentes com danos ou Eventos adversos, ‘relacionados a medicamentos, dermatites, assaduras, úlceras por pressão, falhas no diagnóstico e tratamento médicos, flebites, problemas de contenção de pacientes’.

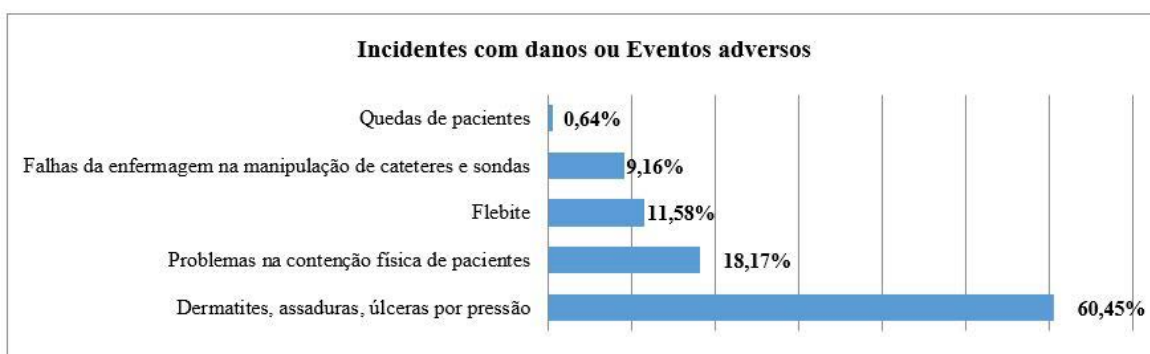
Gráfico 1 - Dos incidentes sem lesões conforme citados por Novaretti ET AL (2014).

Incidentes sem lesões



Fonte: Gráfico elaborado pelo autor deste trabalho.

Gráfico 2 - Dos Incidentes com danos ou Eventos Adversos conforme citado por Novaretti ET AL (2014).



Fonte: Gráfico elaborado pelo autor deste trabalho.

ERROS POR ADMINISTRAÇÕES DE MEDICAMENTOS

Segundo pesquisa realizada por Miasso *et al.* (2006); Santos (2014), os principais erros referentes à administração de medicamentos são os erros relacionados ao paciente, quando não há o real cuidado do profissional que está administrando o medicamento em estar atento ao nome do paciente, administrando o medicamento de um determinado paciente em um outro paciente; Relacionados ao horário - Quando determinado medicamento não estar seguindo o horário que estar prescrito para que seja administrado, perdendo assim o seu ciclo de ação, como no caso dos antibióticos por exemplo; Relacionados à prescrição/transcrição - A não observância a item é um erro que em hipótese alguma deve ser ignorado, pois a dosagem do fármaco prescrito e ou mesmo a draga prescrita deve ser aquela que foi estabelecida pelo médico que a transcreveu; Relacionados à solicitação - O profissional de enfermagem deve estar atento quanto às solicitações dos medicamentos, junto à farmácia e antes de tudo, checar se o médico que a prescreveu o fez corretamente, considerando os certos da administração, como dose certa, via certa, enfim, fazendo a devida conferência na dispensação; Relacionados à dispensação do medicamento - Quem receber as medicações da farmácia, deve estar atento ao que a farmácia dispensou, corrigindo na presença do funcionário deste setor se realmente todos os medicamentos estão conforme prescritos; Relacionados ao preparo e administração de medicamentos - Ao

preparar os medicamentos a serem administrados ao paciente, deve-se ter muita atenção pois muitas medicações tem as suas embalagens parecidas, principalmente os solventes a serem usados na diluição destes medicamentos, é importante que haja muita calma também, pois a distração por menor que seja, pode levar a uma troca tanto dos solventes no ato da preparação, como também na troca de medicação de um paciente como o outro no ato da administração, o que poderá causar vários efeitos adversos aos pacientes como intoxicações e inclusive a morte; Administração de medicamentos não autorizados, em hipótese alguma essa prática deve ser executada, se tal medicamento não está prescrito não se deve ser administrado, ainda que o médico o mande fazer, salvo em uma situação de emergência e o mais breve possível peça ao médico a devida prescrição, porque caso o paciente tenha qualquer complicação, alguém não vá acusar a quem administrou a medicação de o fazer sem a devida prescrição; Relacionados ao registro do medicamento; Por falhas de comunicação – A comunicação na enfermagem é um instrumento de vital importância para o executar das ações de saúde, esta comunicação pode ocorrer de várias maneiras, escrita, falada, sinalizada, ou mesmo por meio da checagem dos medicamentos administrado na prescrição médica, evitando assim que um outro profissional repita o mesmo processo já realizado, levando o paciente a tomar duas vezes os medicamentos; Desencadeados por desorganização da unidade – Uma unidade de saúde deve estar sempre organizada quanto à estocagem, compra e controle de estoque de medicamentos, pois esta desorganização implicará em falta de medicamentos mal armazenados, podendo estar danificados, medicamentos vencidos, etc.; Omissões de erros cometidos – Uma vez que a medicação foi por qualquer motivo administrada fora da prescrição, e isto inclui Erros de apresentação do fármaco, tal erro deve ser comunicado, não para fim punitivo de quem errou no processo, mas sim para que providencias venham serem tomadas para evitar um mal maior ao paciente alvo da medicação.

OCORRÊNCIAS DE DERMATITES, ASSADURAS E ULCERAS POR PRESSÃO

Dermatite Conforme citado por Chianca *et al.* (2016), A Dermatite associada á incontinência (DAÍ) tem como característica o processo inflamatório da pele, onde pode haver ou não erosão do tecido cutâneo sendo anatomicamente afetadas as regiões perineal, as genitálias, a região glútea, nas coxas e ainda a parte superior do abdômen, onde tal agravo acontece devido ao excesso de unidade deixado pelo acumulo de urina e também por contato prolongado de material fecal ocorrendo na região cutânea a alteração do seu pH, favorecendo assim a colonização de micro-organismos, tendo como ato facilitador a fricção tecidual ao leito, entre outros. Ademais, os autores acima referidos salientam que vários são os fatores que propiciam o surgimento destes Eventos Adversos aos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, dentre estes fatores estão a idade do paciente, o estado nutricional, os dispositivos invasivos que o paciente faz uso, entre outros.

É importante lembrar que, tais afecções tem todo um estado de evolução, começando por uma “simples” dermatite, evoluindo para assaduras, e em seguida para a úlceras por pressão a qual pode evoluir para vários estágios.

AS FORMAÇÕES DE FLEBITES

Urbanetto *et al.* (2017), define que: “A flebite é a inflamação de uma veia, sendo uma complicação comum associada com a utilização de cateteres intravenosos periféricos”, onde segundo os autores há uma classificação da flebite conforme a sua apresentação pelos sinais clínicos demonstrados, sendo da seguinte ordem:

Grau 1: Coloração avermelhada (eritema) ao redor do cateteres intravenosos periféricos (CIP), com ou sem dor local; Grau 2: Dor local com coloração avermelhada (eritema) e/ou edema; Grau 3: Dor local com eritema, endurecimento e formação de cordão venoso palpável; Grau 4: Dor local com eritema, endurecimento e formação de cordão venoso palpável > 1 polegada (2,54 cm) com drenagem purulenta. A flebite pode ser classificada, de acordo com os fatores causais em flebite mecânica, flebite bacteriana, flebite pós-infusional e flebite química. (URBANETTO *et al.*, 2017),

“A Flebite é um dos indicadores que avalia o qualidade na insistência ao paciente, com impacto significativo dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva, podendo prolongar o tempo de permanência, aumentar custos, e causar complicações indesejadas”, no parecer de Favoretto *et al.* (2016). É importante ressaltar que os casos de flebitis no ambiente hospitalar ocorre com muita frequência, e que, cabe a equipe de enfermagem a monitorização contínua dos acessos venosos dos seus pacientes, seja onde quer que este acesso de qualquer que seja o seu calibre esteja instalado.

As contenções mecânicas são consideradas as realizadas pelo uso de ataduras de crepe nos membros dos pacientes, de lençóis e ou por meios de outros dispositivos específicos fabricados, bem como o uso de grades bilaterais nos leitos, tais tipos de contenção objetiva-se como forma de garantir segurança em situações de Agitação, de Uso de Dispositivos Invasivos e de Risco de quedas e “...como prevenção de danos, principalmente quedas e situações de comportamento desafiador”, Souza *et al.* (2019); Delvalle *et al.* (2020). Sendo estas restrições do tipo luvas, restrições de punhos e tornozelos, restrições de tórax e de ombros, restrições de quadril, e restrições de joelhos. A equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva deve estar atenta as condições físicas, nutricionais e anatômicas dos pacientes que estão submetidos a este tipo de contenção, pois em situações desfavoráveis tal procedimento torná-los-ão vulneráveis a muitas complicações, como: garrote amento local, lesões por pressão e outros.

OS MEIOS PELOS QUAIS O ENFERMEIRO PODE UTILIZAR PARA EVITAR A OCORRÊNCIA DAS PRÁTICAS IATROGÊNICAS

Diante das evidentes ocorrências das práticas iatrogênicas, causadas pela equipe de enfermagem em uma UTI, o enfermeiro na condição de líder de equipe não pode estar omissa a tal fato, ao contrário, deve se posicionar diante da sua equipe e encontrar soluções que possam minimizar tais ocorrências e conseqüentemente atenuar os possíveis agravos aos pacientes. Conforme citado por Maia e Bastian (2013), o enfermeiro como líder de equipe, deve estar sempre envolvido no processo de educação continuada buscando e utilizando métodos que possam aperfeiçoar e tornar eficientes novas técnicas e procedimentos atualizados no manuseio de novos equipamentos que vão surgindo na atualidade, devendo ainda trabalhar conjuntamente com o corpo administrativo da instituição hospitalar num elo harmônico com os profissionais da enfermagem, visando as melhores condições de trabalho da equipe profissional, a qualidade

dos materiais utilizados nas suas atividades, ao preparo técnico e científico da sua equipe, aos proventos como forma de incentivos, os quais contribuem para a satisfação e empenho dos profissionais; O enfermeiro intensivista deve a cada dia incorporar a transmissão de conhecimentos no processo de prevenção das iatrogenias e nos possíveis eventos adversos, procurando sempre refletir nas suas ações sobre as probabilidades dos acontecimentos desfavoráveis e nas possibilidades das correções de falhas da equipe; O enfermeiro deve elaborar treinamentos a respeito de erros no preparo e na administração de medicamentos elaborando relatórios das devidas ocorrências, não para punição dos envolvidos mas sim como alerta e prevenção, garantindo a segurança do paciente; A garantia de um espaço físico adequado para o preparo dos medicamentos também é um outro fator que não deve ser descartado, deve ser um local livre de distrações, sem interrupções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da realidade exposta na elaboração da pesquisa em questão, as Ocorrências iatrogênicas é um fato que não se pode deixar de chamar a atenção das instituições hospitalares, bem como da equipe de profissionais de enfermagem nas Unidades de Terapias Intensivas. Os motivos analisados são vários, os quais são decorrentes de fatores como, falta de atenção, despreparo da equipe, condições ambientais de trabalho, desinteresse dos profissionais no executar das suas ações, falta de investimentos das instituições no processo de educação continuada dos seus funcionários, estresses dos profissionais e remuneração salarial não atrativa. São fatores que influenciam na atuação da equipe dos profissionais e que ecoam na saúde dos pacientes que estão à mercê dos seus cuidados, sendo estes os verdadeiros prejudicados pelos atos inconsequentes das ações dos profissionais. Tais atos dependendo da sua extensão podem ter como consequências, sérias complicações no seu quadro clínico, e ou mesmo a morte, sendo estas consequências as Incidências sem lesões aparentes ou os Eventos Adversos. Cabe ao enfermeiro como líder de equipe, estar atento as ações realizadas pela sua equipe, dando total suporte de apoio a mesma, sempre envolvido no processo de educação continuada, preparando-a para a execução das suas ações, sendo ainda o intermediador entre o administrativo e os recursos humanos na procura do bem estar dos profissionais envolvidos no cuidar. Esta pesquisa contribui para a conscientização de todos que queiram conhecer melhor sobre a temática exposta no seu conteúdo e abre caminho para que outras pesquisas possam ser explanadas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, P. F. O.; PEREIRA, A. S.; BARBOSA, M. F.; DUTRA, S. R.; GÓES, F. G. B. M.Sc. Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Enfermagem Brasil*, Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI), Janeiro / Fevereiro 2012;11(1)

CHIANCA, T. C. M. GONÇALES, P. C.; Salgado, P. O.; MACHADO, B. O.; Amorim, G. L.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Dermatite associada à incontinência: estudo de coorte em pacientes críticos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(esp):e68075. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68075>.

CHIANCA, T. C. M.; GONÇALVES, P. C.; SALGADO, P. O.; MACHADO, B. O.; AMORIM, G. L.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Dermatite associada à incontinência: estudo de coorte em pacientes

críticos. Rev. Gaúcha Enferm. 2016; 37 (esp): e68075. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68075>.

CUNHA, B. B. Gestão hospitalar: Desmotivação e os fatores que interferem no Trabalho da enfermagem. Faculdade de Macapá. Dez. 2017.

DELVALLE, R.; SANTANA, R. F.; MENEZES, A. K.; CASIANO, K. M.; CARVALHO, A. C. S.; BARROS, P. F. A. Contenção mecânica em instituição de Longa Permanência para Idosos: estudo transversal. Rev. Bras. Enferm. 2020;73 (Suppl 3): 1

FARIAS, G. M.; COSTA, I. K. F.; ROCHA, K. M. M.; FREITAS, M. C. S.; DANTAS, R. A. N. Iatrogênias na assistência de enfermagem: características da produção científica no período de 2000 a 2009. Rev. Cient. Internacional. Ano 3 - N^o 11 Janeiro/Fevereiro – 2010 www.interscienceplace.org

FAVORETTO, C.; OGAWA, I. K.; TASHIMA, R. T.; PINHEIRO, P. A. P. *et al.* Flebite em unidade de terapia intensiva: caracterização do problema. In: anais do encontro de enfermeiros de hospitais de ensino do estado de são Paulo, 2016, . Anais eletrônicos... Campinas, galoá, 2016. Disponível em: <<https://proceedings.science/enfhesp/trabalhos/flebite-em-unidade-de-terapia-intensiva-caracterizacao-do-problema>>. Acesso em: 04 out. 2021.

FURLAN, A. P.; SILVA, A. F.; SILVA, T. S. Iatrogenias da equipe de enfermagem em uma unidade cirúrgica: papel do enfermeiro na prevenção dessas ocorrências. Uni SALESIANO, Lins-SP. 2018.

JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A.; NÓBREGA, M. F. B.; QUEIROZ, M. V. O. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). Rev. Bras Enferm, Brasília 2007, jan-fev; 60(1):81-6.

JULIANI, J. N. Doenças Iatrogênicas Cometidas pela Equipe de Enfermagem na Unidade de Tratamento Intensivo: Revisão Integrativa. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 03, Vol. 01, pp. 46-56, Março de 2018. ISSN:2448-0959

MAIA, L. F. S.; BASTIAN, J. C. Iatrogenias: ações do enfermeiro na prevenção de ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva. São Paulo: Revista Recien. 2013; 3 (7): 27-35

MASSAROLI, R.; MARTINI, J. G.; MASSAROLI, A.; LAZZARI, D. D.; OLIVEIRA, S. N.; CANEVER, B. P. Trabalho em enfermagem em UTI e SAE. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(2) Abr-Jun 2015.

MELARA, S. V. G.; BECCARIA, L. M.; CARTA, A.; CONTRIN, L. C. Motivação da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. Arq Ciênc Saúde 2006 jul-set;13(3):XX-XX

MIASSO, A. I.; GROU, C. R.; CASSIANI, S. H. D. B.; SILVA, A. E. B. C.; FAKIH, F. T. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Rev. Esc. Enferm. USP 2006; 40(4):524-32. www.ee.usp.br/reeusp/

NOVARETTI, M. C. Z.; SANTOS, E. V.; QUITÉRIO, L. M.; DAUD-GALLOTTI, R. M. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. Rev Bras Enferm. 2014 set-out;67(5):692-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>

OLIVEIRA, A. K. S.; FERNANDES, A. M. G.; CARVALHO, G. A. F. L.; NASCIMENTO, L. K. A. S.; PELLEENSE, M. C. S.; SANTANA, P. G. C. Humanização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Revista Humano Ser - UNIFACEX, Natal-RN, v.3, n.1, p. 128-145, 2017/2018.

PEREIRA, M. C. C.; CASTRO, S. F. F.; BRITO, E. S.; CARVALHO, N. V.; LOPES, D. V.; PINHEIRO, J. D. S.; SCHNEIDER, K. N. L. A. L. LAVÔR, T. B. S. L. Saberes e práticas do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. Rev enferm UFPE on line., Recife, 13(1):70-8, jan., 2019 ISSN: 1981-8963 <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a234842p70-78-2019>

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Rev. bras. Enferm. ; 61(3): 312-318, maio-jun. 2007.

SANTANA, R. S.; BRITO, B. A. M. FERREIRA, J. L. S.; DEUS, S. R. M.; MORAES, M. E. A.; Monica Elionor Alves Gama, M. A. Atribuição do enfermeiro na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, 9, Revisão integrativa - Rev. Pre. Infec e Saúde, Piauí, 2015.

SANTOS, B. E. As relações entre a sobrecarga de trabalho e os erros de medicação da equipe de enfermagem. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014

SANTOS, E. G.; BISPO, M. M. S.; SANTOS, M. R. JUNIOR, N. A. S. Atuação da equipe de enfermagem na segurança do paciente crítico. Atualiza cursos, Salvador - BA 2019

SILVA, B. M.; LIMA, F. R. F.; FARIAS, F. S. A. B.; CAMPOS, A. C. S. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da Assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 442-8.

SILVA, E. G. C.; OLIVEIRA, V. C.; NEVES, G. B. C. GUIMARÃES, T. M. R. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(6):1380-6 www.ee.usp.br/reeusp

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. Acta Paul Enferm 2011;24(2):172-8.

SILVA, T. W. M. Intervenções relacionadas à assistência de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva adulto [manuscrito]. Universidade Federal de Minas Gerais, MG. 2013

SOUZA, L. M. S.; SANTANA, R. F.; CAPELETTO, C. S. G.; MENEZES, A. K.; DELVALLE, R. Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. Rev Esc Enferm USP. 2019; 53: e 03473. doi: 10.1590/s1980-220x2018007303473 <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018007303473>

URBANETTO, J. S.; FREITAS, A. P. C.; OLIVEIRA, A. P. R.; SANTOS, J. C. R.; MUNIZ, F. O. M.; SILVA, R. M SCHILLING, M. C. L. Fatores de risco para o desenvolvimento da flebite: revisão integrativa da literatura. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2017, v. 38, n. 04 [Acessado 5 Outubro 2021] , e57489. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.57489>>

ZUCATTI, A. P. N. Tipos e Motivos de Desligamento dos Trabalhadores de Enfermagem em um Hospital da Região de Porto Alegre – RS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Psicologia, Porto Alegre, março/2012.



**A importância do enfermeiro na
assistência ao paciente com câncer
terminal**

**The importance of nurses in care for
patients with terminal cancer**

Simone Karine Tabor Pires de Castro

Pós-graduanda em Enfermagem em Oncologia pela Facuminas EAD

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.6

RESUMO

Cuidar de um paciente com neoplasia em estágio avançado, visa prepará-lo para os ajustes que essa nova etapa requer, pois ele percebe os limites existenciais, incorporando a doença e o tratamento. O objetivo do presente artigo é analisar a importância da assistência do enfermeiro ao paciente com câncer terminal. A metodologia de pesquisa de natureza exploratória, comparativa e indutiva são utilizadas, respectivamente, visando identificar, selecionar e analisar referências bibliográficas sobre o tema. Os resultados obtidos permitem identificar que, estão sendo oferecidos cuidados humanizados, de modo a contribuir diretamente para recuperação do doente de câncer terminal, dessa forma entende-se ser de extrema importância a assistência do enfermeiro.

Palavras-chave: assistência. câncer. enfermagem. humanização. paciente terminal.

ABSTRACT

Caring for a patient with an advanced stage of cancer aims to prepare him for the adjustments that this new stage requires, as he perceives the existential limits, incorporating the disease and the treatment. The aim of this article is to analyze the importance of nursing care for patients with terminal cancer. Research methodologies of an exploratory, comparative and inductive nature are used, respectively, in order to identify, select and analyze bibliographical references on the subject. The results obtained allow us to identify that humanized care is being offered, in order to directly contribute to the recovery of the terminal cancer patient, thus, it is understood that nursing care is extremely important.

Keywords: assistance. cancer. nursing. humanization. terminal patie.

INTRODUÇÃO

Contextualização

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando no mundo, em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico.

O paciente se depara com o diagnóstico de uma doença que tem evolução geralmente agressiva, com sintomas debilitantes e degenerantes, como dor, perda de peso, presença de nódulos, e tratamento prolongado, associado a efeitos colaterais desagradáveis de radioterapia e quimioterapia e/ou mutilações em decorrência de cirurgias invasivas. Venturi, Pamplona, Cardoso, (2004).

Observa-se que a enfermagem tem um papel importante durante o tratamento oncológico, como esclarecimento de dúvidas, apoio emocional para o paciente e, para a família, atendendo e motivando a troca de experiências, fazendo dessa maneira, o diferencial.

A enfermagem, tem a responsabilidade de promover, prevenir, recuperar e reabilitar os pacientes com câncer em tratamento terminal, desenvolver um plano de cuidados. E assim, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, o enfermeiro aplica seus conhecimentos e determina as reais necessidades de cuidado, contribuindo assim para sua melhora e aceitação.

Objetivo

O objetivo do presente artigo é analisar e descrever a importância do enfermeiro, durante o tratamento do paciente com câncer terminal.

DESENVOLVIMENTO

Fundamentação teórica

Câncer

Todos os cânceres se iniciam na célula, a menor unidade estrutural básica dos seres vivos. De acordo com Goldman e Ausiello (2005) o organismo humano é composto por vários tipos de células, que crescem e dividem-se de modo ordenado e controlado garantindo assim o seu bom funcionamento, mas algumas dessas células podem sofrer alterações e serem danificadas, desenvolvendo assim mutações que afetam o crescimento normal das estruturas celulares e conseqüentemente sua divisão. Dando-se origem então ao câncer.

Câncer é um termo popular utilizado para definir neoplasias, que formam um conjunto de doenças, podendo espalhar-se, por metástase, que de acordo com Murta (2008), é o processo pelo qual uma doença migra para regiões do organismo distantes daquela onde se originou. Otto (2002, p.3) destaca que “pesquisadores identificaram aproximadamente 100 tipos diferentes de câncer, cada célula cancerosa dessas diversas doenças tem uma bioquímica e uma morfologia alteradas em relação à célula normal”.

Tumores Malignos e Benignos

O tumor benigno: “Não é cancerígeno, embora um tumor benigno possa vir a se transformar em maligno, em virtude de fatores como velocidade de crescimento, e capacidade de invasão e proliferação das células”. (GUIMARÃES, 2004, p 85). Pode ser removido por cirurgia e dificilmente reaparece não se espalham para outros pontos do organismo, raramente implicando em risco de morte, é bem delimitado, simétrico, suas bordas são regulares, possui apenas uma tonalidade de cor, e não provoca coceira e nem inflamação.

O tumor maligno: É cancerígeno, as células podem invadir tecidos próximos e se espalham para outras partes do organismo. “Abrange um grupo de centenas de tipos da doença que, embora sejam diferentes entre si, têm a capacidade comum de formar colônias de células que invadem e destroem tecidos e órgãos. (OTTO, 2002, p 6).

Uma vez diagnosticada a doença, os pacientes costumam ficar ansiosos e impacientes para iniciar rapidamente o tratamento. No entanto, para saber qual o tratamento adequado de-

ve-se ter conhecimento do grau da evolução do câncer, realizar o estadiamento, que permite o médico a estabelecer os tratamentos que podem ser mais eficazes para destruir e/ou controlar o câncer.

A Importância da Assistência de Enfermagem

Pensar no cuidado de enfermagem, requer a emergência de um processo interativo, de participação e diálogo entre o enfermeiro, paciente e família, tendo em vista que nas atitudes de cuidado é que encontramos a essência da expressão humana, esta, é à verdadeira dimensão humana do cuidado, Oliveira (2002).

A enfermagem se preocupa com o cuidado à pessoa em uma variedade de situações relacionadas à saúde. Assim, vemos a medicina envolvida com a cura, e a enfermagem com o cuidado. Cuidar do paciente com câncer terminal, implica em conhecer não só sobre a doença, mas, saber lidar com os sentimentos dos outros, como com as nossas próprias emoções, perante a doença com ou sem possibilidade de cura, Rodrigues (2004). O enfermeiro deve estar pronto para dar apoio ao paciente e sua família durante uma diversidade de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais.

O alcance dos objetivos almejados envolve oferecer um apoio realista aos clientes submetidos ao tratamento, usar modelos assistenciais e o processo de enfermagem como base desse tratamento, Brunner e Suddarth (2002).

A maneira como cada pessoa acometida pelo câncer aceita a doença depende da sua característica de personalidade, do momento em que aconteceu o adoecimento, e de sua qualidade de vida, a humanização da assistência hospitalar pretende melhorar a qualidade de assistência ao cliente.

O enfermeiro oncológico está presente ativamente em todo processo, uma vez que atua na prevenção da doença, no diagnóstico e no decorrer do tratamento, que geralmente é prolongado e debilitante. É de suma importância que o enfermeiro oncológico esteja atualizado e em constante aperfeiçoamento, para que possa acompanhar o desenvolvimento da sua área de atuação. (GUIMARÃES, 2004, p 65).

O cuidado de Enfermagem deve ser exercido baseado no respeito à dignidade humana, onde se inclui observar, ouvir, agir e refletir, de maneira que inclua o portador de câncer, programando os cuidados em conjunto com os pacientes, respeitando suas vontades e cultura, melhorando assim seus hábitos de vida, e possivelmente sua recuperação. O cuidado com o ser humano não é apenas uma tarefa, mas uma maneira de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo.

METODOLOGIA

A primeira etapa da metodologia será identificar por meio de referências bibliográficas e artigos científicos publicados na internet, a importância do enfermeiro na assistência ao paciente com câncer terminal. Esta etapa tem caráter metodológico de natureza exploratória.

A segunda etapa da metodologia, consiste em analisar as referências bibliográficas e

artigos científicos selecionados, visando demonstrar os benefícios oriundos da assistência de enfermagem, prestada ao paciente com câncer terminal.

Ao término do processo metodológico e com base nas análises realizadas serão obtidas conclusões indutivas para atender o objetivo do estudo.

RESULTADOS

As referências identificadas e selecionadas como sendo de relevância para o presente trabalho, são os de Caropes *et al.* (2016), Brandão e Góis (2020), Santos *et al.* (2011), Markus *et al.* (2017).

A seguir serão apresentadas as análises de cada referência.

1ª Referência Selecionada - Caropes *et al.* (2016)

Caropes *et al.* (2016), afirmam que o enfermeiro deve ir além da assistência de enfermagem, levando em conta a subjetividade e principalmente a humanização do cuidado. Dificuldades na prática diária como a tristeza dos familiares, o choque ao se deparar com deformidades provenientes de uma cirurgia, causam não apenas dor física ao paciente, mas também desgaste emocional, tristeza e depressão para o paciente e seus familiares.

Dessa maneira ressaltam que enfermeiros, devem manejar bem a educação em saúde, pois é uma importante estratégia no processo de formação do comportamento dos pacientes.

Devem estar aptos para apoiar e incentivar a família, a buscar estratégias mobilizadoras de seus próprios recursos e a ampliar as possibilidades de uma convivência mais estreita. (CAROPES *et al.*, 2016).

Assim, Caropes *et al.* (2015), afirmam que, a Enfermagem deve ter como uma das missões, buscar congruência entre o processo de cuidar e a realidade das famílias, tendo uma escuta aberta; incentivar a participação de todos os envolvidos no processo, favorecendo o cuidado integral do paciente.

O enfermeiro é um dos profissionais que mais estão perto destes pacientes e, de acordo com a fase da doença em que se encontram, trabalha em prol do controle dos sintomas que surgem, para promover um final de vida com a maior qualidade possível.

É de extrema importância que o profissional enfermeiro possa identificar as vulnerabilidades dos pacientes, levando em consideração toda a sua história, tendo um cuidado holístico. Percebe-se que, na prática, que há necessidade em prestar cuidados físicos e cuidado emocional, psicológico. (CAROPES *et al.*, 2016).

Os autores concluem que o enfermeiro é um dos profissionais que mais está perto destes pacientes e, de acordo com a fase da doença em que se encontram, trabalha em prol do controle dos sintomas que surgem, para promover um final de vida com a maior qualidade possível.

2ª Referência Selecionada – Brandão e Góis (2019)

De acordo com Brandão e Góis (2019), é importante desenvolver uma forma específica

de cuidar, fazendo com que a equipe de saúde elabore ações que minimizem o sofrimento e desconforto do paciente. A enfermagem, por sua vez, participa diretamente desse processo, pois as ações estão ligadas ao paciente e seus familiares, desde o diagnóstico, tratamento e prognóstico, acompanhando cada etapa.

Brandão e Góis (2019) afirmam ainda que o profissional enfermeiro interage com o indivíduo nesses estágios. A terminalidade pode ser considerada, talvez, como a fase mais difícil para o ser humano onde, em meio a muitas tecnologias e tratamentos, a certeza da morte se torna cada dia mais real em seu dia a dia.

Desse modo, o profissional enfermeiro, possui contato constante com os pacientes e familiares. Assim sendo, têm participação fundamental no encorajamento dos cuidadores do paciente oncológico e na identificação e minoração dos fatores estressores, de modo a potencializar os resultados a serem obtidos, por meio do fortalecimento geral dos cuidadores familiares.

Brandão e Góis (2019), afirmam ainda que que gerenciar o cuidado de enfermagem ao paciente com câncer avançado, surge a partir da valorização do indivíduo em todo o seu contexto de vida, busca atender as necessidades de cuidado impostas pela doença ou pela própria terapêutica instituída, visando alcançar a qualidade do cuidado prestado.

Brandão e Góis (2019), concluem que o objetivo do cuidado paliativo realizado pelo enfermeiro não é curar o paciente e sim promover conforto e alívio dos sintomas do câncer durante o processo da morte, tendo como foco atender o paciente por inteiro, tratando tanto do sofrimento físico, quanto do emocional. Evidenciam ainda que integrar a família no tratamento ao paciente oncológico paliativo é uma estratégia para promoção de conforto do enfermo e de seus familiares.

3ª Referência Seleccionada – Santos *et al.* (2011)

De acordo com Santos *et al.* (2011), é importante que haja qualidade no cuidar, atendendo melhor às necessidades do paciente, com maior ênfase no ouvir do que no falar, lembrando de ajudar o paciente nas dificuldades de expressar seus sentimentos, para melhor compreendê-lo.

Nesse contexto Santos *et al.* (2011), afirmam que o enfermeiro deve aperfeiçoar sempre suas habilidades em relação ao conhecimento técnico, científico e na capacidade de percepção das necessidades do paciente. É necessário que haja planejamento na assistência humanizada, pois o profissional de enfermagem é quem está mais próximo ao doente.

Os autores ressaltam ainda que o propósito da assistência de enfermagem é encontrar no trabalho cotidiano, junto aos que recebem cuidados paliativos, um equilíbrio harmonioso entre a razão e a emoção. O enfermeiro é o profissional que está diretamente ligado ao paciente, tendo assim o compromisso e responsabilidade de ouvir e compreender melhor às necessidades de cada um, proporcionando-lhes apoio, compreensão e afetividade, no momento de carência que possuem no enfrentamento da doença e conseqüentemente a caminho da terminalidade.

Santos *et al.* (2011), concluem que o profissional de enfermagem deve estar sempre aperfeiçoando suas habilidades e técnicas específicas, pois é o profissional enfermeiro que está mais próximo do paciente, podendo lhe oferecer segurança e conforto, já que as possibilidades de cura se esgotaram.

4ª Referência Seleccionada – Markus *et al.* (2017)

Markus *et al.* (2017). Ressaltam a preocupação dos enfermeiros em promover o conforto, a qualidade de vida, o apoio, o cuidado humanizado e a comunicação.

O modo de agir dos enfermeiros promove conforto, bem-estar, carinho, através da comunicação verbal e não verbal, promovendo um elo entre paciente e família, fazendo com que se sintam amparados e fortalecidos. Percebe-se a preocupação em realizar cuidados com qualidade, com respeito e humanização, construindo uma relação de confiança.

Os enfermeiros não consideram somente o bem-estar do paciente no leito da morte, também levam conforto para os acompanhantes, compreendem a situação minimizando o sofrimento, percebem as necessidades apresentadas, prestando um cuidado integral, não somente com a realização de procedimentos técnicos, mas com bom humor.

Markus *et al.* (2017). Concluem que se evidencia a valorização da humanização e o tratamento adequado promovendo qualidade de vida. O paciente terminal exige muito mais que conhecimento técnico-científico, sendo imprescindível que o enfermeiro promova um cuidado humano e digno.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com base nas referências seleccionadas, foi realizada uma análise comparativa entre as descrições sobre “a importância do enfermeiro na assistência ao paciente com câncer terminal”.

A Tabela 1 ilustra esta análise comparativa onde estão marcados os benefícios destacados por cada autor.

Tabela 1 - Análise comparativa das descrições sobre “a importância do enfermeiro na assistência ao paciente com câncer terminal”.

| Benefício/Referência | Caropes et al. (2016) | Brandão e Góis (2019) | Santos et al. (2011) | Markus et al. (2017) |
|---|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Humanização | X | X | | X |
| Apoio e incentivo | X | | | |
| Controle dos sintomas | X | X | X | X |
| Melhora da qualidade de vida | X | X | | X |
| minimiza o surgimento de cicatrizes | X | X | | |
| relaxa a musculatura | X | | | X |
| favorece a distribuição de hormônios e medicamentos | X | | | |
| acelera a cicatrização na área | X | | X | X |
| favorece o sistema imunológico | X | | | |
| acelera o retorno da sensibilidade local | | X | | |
| melhora o estado emocional | | | | X |

Com base na Tabela 1, observa-se o seguinte sobre a importância do enfermeiro na assistência ao paciente com câncer terminal.

- Todas as referências citaram controle dos sintomas. Na sequência, os mais destaca-

dos foram a humanização, melhora da qualidade de vida, e a aceleração na cicatrização;

- Caropes *et al.* (2016) apresentaram a maior quantidade de benefícios;
- Santos *et al.* (2011) apresentam o controle dos sintomas e aceleração no processo de cicatrização, como sendo os benefícios de maior relevância.
- Markus *et al.* (2017) foi a única referência a citar a melhora do estado emocional como benefício.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou a importância do enfermeiro na assistência ao paciente com câncer terminal. Foi apresentada a análise de quatro referências bibliográficas, comparando os benefícios citados por cada autor. Para tal foram utilizadas as metodologias de pesquisa de natureza exploratória, comparativa e indutiva nas diferentes etapas.

As referências bibliográficas mostram que a drenagem linfática tem papel importante em estimular a velocidade e o volume da linfa a ser transportada pelos vasos e ductos que compõe o sistema linfático, por meio de manobras que promovem o bombeamento fisiológico. Influencia diretamente na oxigenação dos tecidos e favorece a eliminação de toxinas e metabólitos, estimula a absorção de nutrientes e aumenta a quantidade de líquidos a ser eliminado.

Em todas as referências analisadas a drenagem linfática no pós-operatório de abdominoplastia mostra resultados satisfatórios, melhorando não só a condição física do paciente, mas também emocional, sendo assim um dos procedimentos mais indicados.

A busca em torno da pesquisa evidenciou que, o enfermeiro tem papel fundamental durante a aceitação do paciente com câncer terminal, bem como oferecer consolo, e todas as informações necessárias e possíveis, para que o paciente esteja inteirado de seu tratamento e dessa forma possa contribuir ativamente. Proporcionar conforto, um ambiente agradável, a aproximação com familiares, diminuição da dor, permeando sempre os aspectos humanísticos visando dessa forma tratar a pessoa, e não somente a doença.

Ao concluir a análise dos dados obtidos por meio desta pesquisa, destacou-se que é de extrema importância, e vital, a presença do enfermeiro, pois este profissional convive mais tempo com o paciente, ao longo do seu tratamento, por isso a importância de uma relação amigável e agradável. A preparação do enfermeiro, não somente técnica, mas emocional, mostra-se ser de extrema importância já que muitas das vezes este irão se deparar com a morte. Ressalta-se também a importância da relação do profissional enfermeiro com a família do paciente, visto que estes necessitam tanto de cuidados e orientações, quanto o próprio doente.

A enfermagem ainda tem muito a crescer e ampliar seus conhecimentos na área de cuidados à pacientes oncológicos, visando sempre estímulos positivos e interação do paciente no processo de tratamento, mesmo que este não seja mais a opção de cura.

O movimento de humanização da assistência hospitalar, considerando a interseção existente entre todos os sistemas envolvidos na atenção à saúde, pretende melhorar a qualidade de

assistência ao usuário e as condições de trabalho dos profissionais envolvidos.

Realizar e exercer o cuidado humanizado é fazer a diferença e ultrapassar as barreiras da impessoalidade no tratamento dos pacientes com câncer terminal, estabelecer uma relação de confiança profissional, fazer com que o paciente se sinta cuidado, amado, respeitado, acolhido, e da mesma forma a sua família. Podendo contar com a equipe de enfermagem, e tendo a certeza de que em sua ausência, seu familiar estará em um ambiente seguro e harmonioso.

REFERÊNCIAS

- COROPES VBAS, VALENTE, GSC, OLIVEIRAACF, PAULA CL, SOUZA CQS, CAMANCHO ACLF. A assistência dos enfermeiros aos pacientes com câncer em fase terminal: revisão integrativa. J Nurs UFPE on line [internet]. 2016 dez [acesso em 18 maio 2017]; 10 (Supl. 6): 4920-6. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/8422/pdf_2042.
- GOLDMAN, L.M.D; AUSIELLO, B.D. Tratado de Medicina Interna. 20 ed.Vol I. São Paulo: Atlas, 2005.
- GUIMARÃES, J.R.Q; Manual de Oncologia. São Paulo: BBS, 2004.
- MARKUS, LA, *et al.* A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativo. RGS, 2017; 17 (Supl 1): 71-81 <https://www.herrero.com.br/files/revista/file808a997f5fc0c522425922dc99ca39b7.pdf>
- MURTA, G.F. Saberes e Práticas: Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem. 4 eds. V2. São Paulo. Difusão 2008
- OLIVEIRA, R.S. A dialética do cuidado: o humano e o tecnológico em um Centro de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
- OTTO, S. E. Oncologia, Enfermagem prática. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002
- RODRIGUES, I. G. Cuidados paliativos: análise de conceito. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.
- SANTOS, Beatriz Alvarenga; ALMEIDA, D. Alves de. Cuidados Paliativos de Enfermagem ao paciente oncológico terminal: Revisão de Literatura. Renusa Campos Lattaro. Graduada em Enfermagem pela LIBERTAS Faculdade Integradas. p. 72-84, 2011. Acessado em: 20 de Abril de 2020
- SMELTZER, S. C; BARE, B. G. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.
- VENTURI, B. R. M., PAMPLONA, A. C. F., & CARDOSO, A. S. (2004). Carcinoma de células escamosas da cavidade oral em pacientes jovens e sua crescente incidência: Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. <https://www.inca.gov.br> acesso em 29/10/2021 11:15 horas



A orientação farmacêutica na automedicação em idosos: revisão de literatura

The pharmaceutical guidelines on self- medication in the elderly: literature review

Francilene Sena da Silva

Faculdade Tecnológica de Teresina - CET

Nayra Santos Pereira

Faculdade Tecnológica de Teresina - CET

Keylla da Conceição Machado

Faculdade Tecnológica de Teresina - CET

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.7

RESUMO

A população idosa demanda grande cuidado. Com o envelhecimento, diversos aspectos fisiológicos e psicossociais são transformados nos indivíduos, que sofrem modificações em seus corpos e, ainda, sofrem mais morbidades. Como consequência disso, acabam por consumir mais medicamentos, recaindo, frequentemente, na automedicação. Apesar de a população idosa apresentar maior possibilidade de desenvolver complicações relacionadas à automedicação, este ainda é o grupo que mais recorre a tal prática. O presente trabalho teve como objetivo compreender, através de uma pesquisa bibliográfica, o papel da orientação farmacêutica na minimização de possíveis riscos causados aos idosos pela automedicação, descrevendo como este processo ocorre e entendendo quais suas principais motivações. Tratou-se de uma pesquisa de caráter exploratório e quantitativo que, a partir da compreensão dos fatores que motivam a automedicação em idosos e da investigação a respeito dos efeitos adversos, propôs-se a contribuir com a comunidade acadêmica e com a comunidade de pacientes por meio da apresentação dos malefícios e benefícios da prática, e, sobretudo, propôs-se a explicitar o papel da orientação farmacêutica na minimização de possíveis riscos decorrentes da automedicação. Demonstrou-se, ao final, que, com o auxílio e orientação de um profissional farmacêutico, minimiza-se a desinformação acerca dos potenciais danos da automedicação, aumentando, assim, as possibilidades de o idoso aderir a um tratamento correto de acordo com a sua necessidade.

Palavras-chave: automedicação. orientação farmacêutica. idosos.

ABSTRACT

The elderly population demands great care. With aging, several physiological and psychosocial aspects are transformed in individuals, who undergo changes in their bodies and also suffer more morbidities. As a result, they end up consuming more medications, often falling back on self-medication. Although the elderly population is more likely to develop complications related to self-medication, this is still the group that resorts to this practice the most. The present work aimed to understand, through a bibliographical research, the role of pharmaceutical guidance in minimizing possible risks caused to the elderly by self-medication, describing how this process occurs and understanding its main motivations. It was an exploratory and quantitative research that, based on the understanding of the factors that motivate self-medication in the elderly and the investigation of adverse effects, proposed to contribute to the academic community and the patient community by through the presentation of the harm and benefits of the practice, and, above all, it proposed to explain the role of pharmaceutical guidance in minimizing possible risks arising from self-medication. In the end, it was shown that, with the help and guidance of a pharmaceutical professional, misinformation about the potential damages of self-medication is minimized, thus increasing the possibilities for the elderly to adhere to a correct treatment according to their need.

Keywords: self-medication. elderly population. pharmaceutical guidance.

INTRODUÇÃO

A Atenção Farmacêutica é, em suma, um conjunto de atividades específicas desenvolvidas pelo farmacêutico no contexto da assistência farmacêutica. Essa prática tem como focos

centrais o paciente, a educação em saúde, a orientação farmacêutica e o registro sistemático de atividades, a fim de buscar e obter resultados definidos da resposta efetiva ao tratamento medicamentoso, assim como também ajustar o tratamento caso seja necessário (COSTA, 2017).

Em consonância, Galbiatti (2017) acrescenta sob o conceito e importância da Atenção Farmacêutica a noção de que ela aparece como uma significativa alternativa na busca da melhoria da qualidade da utilização dos medicamentos, alcançando resultados certos e reais, tais como, a cura da doença, desmistificar crenças do paciente que possam atrapalhar a efetividade do tratamento adequado ao seu quadro de saúde-doença, entre outros. Segundo esse mesmo autor, o profissional farmacêutico deve garantir o fornecimento responsável do medicamento, tendo como objetivo o alcance de resultados que melhorem a qualidade de vida do paciente.

A farmácia hoje em dia é uma porta de ingresso primário à saúde em nosso país, sendo o farmacêutico o mais requerido, muitas vezes antes do próprio serviço hospitalar. Como exemplo, podemos citar o Programa Farmácia Popular, um programa da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, criado em 13 de abril de 2004, pela Lei nº 10.858. Este Programa é desenvolvido em parceria com as prefeituras municipais do país, e tem o propósito de oferecer medicamentos utilizados na APS (Atenção Primária à Saúde), gratuitamente à população, a partir da prescrição médica. (BRASIL, 2023)

A atenção farmacêutica deve objetivar promover o uso racional de medicamentos, esclarecer à população, principalmente, a população mais vulnerável, a respeito dessa prática, e nesse sentido é importante a prescrição farmacêutica, por evitar a automedicação e outros efeitos adversos que possam surgir diante da falta de conhecimento (MÁXIMO, 2020).

A automedicação se caracteriza pelo hábito de ingerir medicamentos sem prescrição ou orientação profissional, buscando alívio de determinada sintomatologia que esteja apresentando; esta é encarada como uma prática de autocuidado. Esse hábito como prática de autocuidado pode, inclusive, auxiliar na minimização da sobrecarga dos sistemas de saúde, na medida em que alguns sintomas são de fácil manejo pelo próprio paciente e alguns medicamentos são seguros para uso.

Segundo Lima (2018), entretanto, o uso irracional de medicamentos é um desafio enfrentado em todo o mundo, e tais práticas podem resultar em sério risco à saúde, bem como o diagnóstico incorreto, levando a agravamento do distúrbio, terapia inadequada, efeito indesejado, risco de dependência, alergias, intoxicações, entre outros.

Dadas as complicações que podem ocorrer em virtude da automedicação, é sensato olhar para populações mais vulneráveis, como os idosos, que é o grupo que mais recorre à prática da automedicação. A população idosa demanda maior cuidado; com o envelhecimento, diversos aspectos fisiológicos e psicossociais são transformados nos indivíduos. Além disso, devemos citar a alta incidência de doenças crônicas (SILVA; FONTOURA, 2014).

Por conta dessas doenças crônicas e outras comorbidades, eles utilizam polifarmácia, que nada mais é do que, a administração de vários medicamentos diferentes, concomitante a um tratamento prolongado. Sendo assim, a automedicação pode levar ao uso de medicamentos de forma incorreta, ocasionando reações alérgicas, reação com outra medicação, atraso do diagnóstico de possíveis doenças, até uma intoxicação medicamentosa (SIQUEIRA; JÚNIOR, 2019).

Apesar de a automedicação poder apresentar mais riscos à população idosa, ainda são escassas as políticas públicas que amenizem ou tentam prevenir o problema fora do âmbito hospitalar. É neste momento que a presença do farmacêutico se faz importante, uma vez que tais consequências indesejadas, poderiam ser evitadas através de ações educativas em saúde e disseminação de conhecimentos por um profissional capacitado, sobretudo aqueles que possuem contato direto com a população idosa que busca adquirir medicamento sem prescrição (SILVA; FONTOURA, 2014)

Dessa forma, os cuidados para com a pessoa idosa exigem uma abordagem geral, interdisciplinar e em diversas dimensões, levando em consideração fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde da população idosa e a importância do ambiente de convivência. (MELO *et al.*, 2021).

Além disso, é necessário que as políticas de saúde visem ainda a educação em saúde, assim como ações educativas em saúde, que devem ser realizadas dentro do serviço público com fins de prevenir tanto a problemática da automedicação como outras, tais como a prevenção de doenças crônicas e incapacidades, promovendo atenção integral à saúde e às necessidades do idoso, centrando o cuidado nesta população e garantindo um processo de envelhecimento mais saudável (SANTOS; LAGE, 2019).

O profissional farmacêutico, uma vez que possui qualificação para tal, deve aconselhar e auxiliar o idoso em seu tratamento. A assistência farmacêutica à automedicação do idoso está altamente ligada à indicação farmacêutica, com isso, busca-se diminuir os malefícios causados pelo uso irracional dos medicamentos em geral (MOURA; LEÃO; NEVES; MELO, 2018).

Ainda, é necessário compreender como os usuários apreciam o acesso aos medicamentos é fundamental para que se possa refletir as práticas profissionais e interferir sobre a forma de organização dos serviços, focando em sua melhoria. (SANTOS *et al.*, 2021).

Segundo Moura, Leão, Neves e Melo (2018) o Farmacêutico pode contribuir informando aos pacientes idosos sobre a patologia existente em seu organismo e os medicamentos que devem ser administrados, orientando tanto verbal como escrito, o modo correto de uso, possíveis efeitos colaterais, o que fazer em caso de esquecimento de doses e ainda, os riscos de automedicação e interrupção sem consentimento médico.

Dito isso, resta o questionamento: De que maneira a assistência e a orientação farmacêutica podem contribuir para a minimização da automedicação indiscriminada entre os idosos?

O estudo que aqui se apresenta teve como principal objetivo desenvolver uma análise de como a orientação farmacêutica pode ser relevante na minimização de possíveis riscos causados aos idosos pela automedicação, descrevendo, para este fim, como esta prática ocorre, quais suas motivações e, ainda, estabelecendo uma relação entre a orientação farmacêutica e o uso racional dos medicamentos.

MATERIAL (IS) E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado através de uma pesquisa exploratória, qualitativa, do tipo revisão bibliográfica integrativa, que consiste em um método caracterizado pela inclusão das

evidências na prática clínica com finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foi utilizado o banco de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Library of Medicine (PubMed), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeSC): Automedicação; Idosos.

Os critérios de inclusão estabelecidos para essa revisão foram: artigos que abordassem o tema proposto, publicados em revistas científicas que apresentassem Qualis Periódico (A1 a B3), publicados no período corresponde a janeiro de 2015 a março de 2023, disponibilizados nas línguas inglesa e portuguesa. E como critérios de exclusão, os que não envolvessem o tema, artigos de revisão bibliográfica, artigos que não sejam relevantes para o tema proposto ou que não estejam disponíveis em forma integral ou gratuitas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a realização desta revisão, foram encontrados 9 artigos. Destes 9 artigos incluídos, a maioria estava na língua portuguesa (90%). Grande parte das publicações foram concentradas no ano de 2018 (03/33,3%), com abordagem quantitativa, qualitativa e descritiva na mesma proporção (33,3%). O Brasil foi o país com mais estudos incluídos (cerca de 90%).

Tabela 1 - Análise descritiva das produções científicas acerca da Orientação farmacêutica na automedicação em idosos. Teresina - PI, 2023.

| VARIÁVEIS | N | % |
|------------------------------|----|-------|
| Abordagem do estudo | | |
| Quantitativo | 03 | 33,33 |
| Qualitativo | 03 | 33,33 |
| Descritivo | 03 | 33,33 |
| Idioma | | |
| Português | 08 | 90 |
| Inglês | 01 | 10 |
| Procedência | | |
| Brasil | 08 | 90 |
| Bogotá | 01 | 10 |
| Distribuição temporal | | |
| 2018 | 03 | 33,33 |
| 2019 | 01 | 11,11 |
| 2020 | 02 | 22,22 |
| 2021 | 01 | 11,11 |
| 2022 | 02 | 22,22 |

Em sua maioria, os artigos avaliaram a dificuldade de compreensão do paciente idoso quanto à prescrição de medicamentos, os fatores relacionados à adesão do tratamento farmacológico e a prevalência da automedicação. Foram apresentadas as principais dificuldades quanto a compreensão dos medicamentos a serem utilizados, os principais fatores que levam os idosos a aderirem ao tratamento auto medicamentoso e a prevalência da automedicação em idosos.

Quatro estudos fizeram caracterização da dificuldade de compreensão dos idosos acerca da prescrição de medicamentos. Com base nos resultados apresentados nesses quatro estudos,

os pacientes idosos possuem uma pequena lacuna quando se diz respeito aos medicamentos, os aspectos farmacológicos e informação clara e objetiva (PEREIRA *et al.*, 2022; SILVA E SILVA, 2022; CHRISTINELLI *et al.*, 2020; GARCIA *et al.*, 2018).

Os fatores relacionados à adesão do tratamento farmacológico, os estudos evidenciaram que há a necessidade de monitoramento, avaliação e educação contínua sobre os riscos e benefícios de um consumo de medicamentos sem prescrição adequada (SILVA *et al.*, 2019; SECOLI *et al.*, 2019).

Visto que o uso de medicamentos é uma prática comumente praticada pela população, Ronik e Mugnol (2021) contribuem para os resultados encontrados quando afirmam que devido à falta de educação em saúde relacionada ao uso indiscriminado de medicamentos, faz-se necessário a rápida intervenção, tanto do poder público quanto dos profissionais de saúde, a fim de favorecer uma mudança no comportamento da população, quando se trata da automedicação.

Nos dois estudos que objetivaram a prevalência, ambos evidenciaram que 75% dos idosos entrevistados tinham algum medicamento potencialmente inadequado. Outro fato importante, observado nestes estudos, é que medicamentos potencialmente inadequados causam efeitos negativos, a longo prazo na saúde do idoso, devendo ser monitorados a fim de evitar maiores riscos (FERNÁNDEZ *et al.*, 2021; SANTOS, NOGUEIRA, BORJA-OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Já sabemos que os idosos possuem uma dificuldade um pouco maior, quando comparada a jovens adultos, no que diz respeito à compreensão e entendimento de algumas informações. Em consonância com os resultados encontrados, Silva e Silva (2022) apontam que os idosos foram mais propensos a intoxicações oriundas do uso irracional de medicações, em sua maioria, sedativos, hipnóticos e anticonvulsivantes.

Além disso, quando se trata de compreensão, grande parte dos idosos fazem uso de medicação contínua e não sabe seus efeitos colaterais, posologia, como tomar, e o principal, sua indicação (Pereira *et al.*, 2022).

Em estudos analisados anteriormente, foi constatado os principais fatores que levam os idosos a aderirem ao tratamento auto medicamentoso. Em consonância com essa afirmação, o estudo de Garcia *et al.* (2018) nos mostra que mesmo que os idosos considerem a automedicação perigosa, grande parte deles ainda praticam este ato.

De modo que, podemos observar que são necessárias medidas educativas com grande ênfase em orientação sobre o uso racional de medicamentos e adesão ao tratamento proposto, sem que haja a necessidade de um tratamento sem orientação profissional.

Sabemos que a população idosa tem uma maior dificuldade em aderir e aceitar orientações, inclusive advindas de profissionais mais jovens. Com isso, grande parte dessa população tem preferência pela automedicação, levando em consideração seu aspecto cultural, social e/ou religioso.

Fazendo relação com os estudos encontrados, Fernandez *et al.* (2021) nos mostra, em seu estudo, que 31% dos idosos entrevistados tinham poli farmácia, e 21,9% destes apresentavam medicação potencialmente inadequada.

Fazendo relação com o estudo anterior, Santos, Nogueira e Borja-Oliveira (2018) teve

como resultado de seu estudo que 59,4% da população de idosos estudada praticava automedicação. Dessa forma, o referido estudo concluiu que os idosos consideram seus medicamentos seguros desconhecem os riscos que os mesmos possam estar sendo expostos.

Acrescentando aos resultados obtidos, Tabosa *et al.* (2021) cita que estes riscos podem incluir reações alérgicas, dependência, morte e até intoxicações medicamentosas, levando a sinais e sintomas que podem evoluir para doenças agudas ou crônicas, seja por superdosagem ou por uma adaptação do organismo ao composto medicamentoso, ocasionando uma reação em cadeia no organismo, na maioria das vezes, fragilizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu elencar as principais dificuldades de compreensão dos pacientes idosos quanto a prescrição de medicamentos, bem como conhecer e identificar os fatores relacionados à adesão ao tratamento farmacológico sem prescrição e estimar a prevalência da automedicação e os tipos de medicamentos inadequados. As limitações deste estudo se devem ao fato de que poucos artigos abordam orientações quanto a automedicação em idosos, no âmbito farmacêutico e a pouca orientação, necessária e esclarecedora para a faixa etária em questão.

Espera-se que este estudo contribua na implantação de protocolos para a dispensação, venda e/ou distribuição correta de medicamentos em todos os âmbitos da saúde, e se possa difundir o conhecimento de forma clara, objetiva e dinâmica para os idosos, como educação em saúde e orientação em relação à medicação. Por fim, entende-se que o farmacêutico tem papel importante como educadores em saúde, atuando na intervenção de agravos. As intervenções citadas no decorrer deste trabalho, devem ser implantadas e trabalhadas por farmacêuticos, juntamente com outros profissionais da saúde, de acordo com a população assistida pelo serviço em que trabalham.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. S.; NETO, J. A. O. N.; SOUSA, P. C. M.; SOARES, J. S.; CARNEIRO, S. M. P; SILVA, H. R. Diagnóstico situacional dos pacientes do componente especializado de assistência farmacêutica do Piauí e orientação farmacêutica para uso racional de medicamentos. *Revista Extensão & Sociedade*, v. 12, n. 2, 2021.
- BESERRA, F. L. P. R.; BORBA, V. F. C.; TORRES, J. E. G.; SILVA, S. N. D.; MACEDO, Melllysa Ayeska Custódio Sobreira. Automedicação em idosos: medidas de prevenção e controle. *Revista Contexto & Saúde*, v. 19, n. 37, p. 149-155, 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília: Ministerio da Saude, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/farmacia-popular>. Acesso em: 9 mar. 2023.
- CHRISTINELLI, Heloá Costa Borim et al. Fatores relacionados à adesão ao tratamento farmacológico por idosos na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. cuid. saúde*, Brasil, ano 2020, p. 1-7
- CONSELHO Federal de Farmácia - Resoluções. Resolução Nº 357: de 20 de abril de 2001. Brasil: CFF. 2001. 33 p. Disponível em: www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf. Acesso em: 8 mar. 2023.

COSTA, E. A.; ARAÚJO, P. S.; PENAFORTE, T. R.; BARRETO, J. L.; JUNIOR, A. A. G.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ALVARES, J.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, 2021, e00321153. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00321

GALBIATTI, Ana Livia Silva. ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS. *Revista Medicina*, UNILAGO, ano 2017, p. 1-10, 10 dez. 2017.

GARCIA, A. L. F.; KAYA, A. N. M.; FERREIRA, E. A.; GRIS, E. F.; GALATO, D. Automedicação e adesão ao tratamento medicamentoso: avaliação dos participantes do programa Universidade do Envelhecer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, p. 691-700, 2018.

GRANDO, A. C.; BECKER, T. I. A. A. AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA. *Revista Brasileira de Biomedicina*, v. 2, n. 1, 2022.

LIMA, Regiane De Oliveira. Uso irracional de medicamentos (automedicação). *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 03, Ed. 11, Vol. 07, pp. 80-88 novembro de 2018. ISSN: 2448-0959.

MAXIMO, S. A.; ANDREAZZA, R.; CECILIO, L. C. O. Assistência farmacêutica no cuidado à saúde na Atenção Primária: tão perto, tão longe. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 1, p. e300107, 2020.

MELO, José Romério Rabelo *et al.* Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ed. 37, ano 2021, 7 abr. 2021.

MINISTÉRIO da Saúde - Brasil. PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasil: Ministério da Saúde. 2006.

MOURA, Vanessa da Silva, EDUARDO, Anna Maly de Leão e Neves, MELO, Danielle Alves. Cuidados farmacêuticos na automedicação dos idosos. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 03, Ed. 08, Vol. 09, pp. 11-34, Agosto de 2018. ISSN:2448-0959.

MUNIZ, E. C. S.; MARIN, M. J. S.; LAZARINI, C. A.; GOULART, F. C.; RUIZ, D. Automedicação Por Idosos Usuários De Plano De Saúde Suplementar. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 43, n. 1, p. 23-37, 2019.

NASCIMENTO, A. M. N.; FERNANDES, V. R. S.; RODRIGUES, G. P. Riscos da Automedicação na Terceira Idade, 2017.

PEREIRA RB, SOUSA EC, MEDEIROS DS, CAVALCANTE MG. Compreensão do paciente idoso sobre sua prescrição médica na Atenção Primária em Saúde na cidade de Fortaleza (CE). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):3075. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3075www.rbmfc.org.br](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3075www.rbmfc.org.br) ISSN: 2197-7994.

RONIK, Débora Fernanda Veres. MUGNOL, Brenda DURATE. Análise do estoque domiciliar de medicamentos na zona urbana do município de Turvo-PR. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano. 06, Ed. 10, Vol. 01, pp. 183-193. Outubro 2021. ISSN: 2448-0959.

Santos, E. de S. A., Nogueira, R. Y. S., & Borja-Oliveira, C. R. (2021). Prescrições inapropriadas para idosos entre usuários da atenção primária da zona leste do município de São Paulo. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24(2), 231-247. ISSNprint 1516-2567. ISSNe2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP

SANTOS, G. R. *et al.* Atenção farmacêutica ao idoso na polifarmácia. *Revista IberoAmericana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 7, n. 5, p. 709-723, 2021.

SILVA, T. C. A.; JÚNIOR, F. C. C. M.; SILVA, J. C. A.; CARVALHO, J. S.; RIBEIRO, M. D. A.; BIÂNGULO, F. B. Automedicação em idosos da Atenção Básica. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 10, n. 2, p. 188-196, 2021.

SILVA, Y. A.; FONTOURA, R. Principais consequências da automedicação em idosos. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 3, n. 1, p. 69-75, 2014.

SIQUEIRA, Victor Amaro Manhães. JUNIOR, Gilmar Francisco Lopes. Automedicação em pacientes idosos. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 04, Ed. 07, Vol. 08, pp. 32-42. Julho de 2019. ISSN: 2448-0959.

SOTERIO, Karine Azeredo; PH.D, Profa . Marlise Araújo dos Santos. A AUTOMEDICAÇÃO NO BRASIL E A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NA ORIENTAÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS DE VENDA LIVRE: UMA REVISÃO. *Respositório Puc, PUC RS*, p. 1-15, 2016.

TABOSA, Yândara Souza. Et al. AUTOMEDICAÇÃO E RISCOS DE INTOXICAÇÃO. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 06, Ed. 06, Vol. 09, pp. 100-109. Junho de 2021. ISSN: 2448-0959

VERNIZI, M. D.; DA SILVA, L. L. A prática de automedicação em adultos e idosos: uma revisão de literatura. *Revista Saúde e desenvolvimento*, v. 10, n. 5, p. 53-72, 2016.

XAVIER, M. S., CASTRO, H. N.; SOUZA, L. G. D.; OLIVEIRA, Y. S. L.; TAFURI, N. F.; AMÂNCIO, N. F. G. Automedicação e o risco à saúde: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 225-240, 2021.



Cuidados de enfermagem a síndrome de Stevens Johnson

Mirella Figueiroa Vieira de Alencar
Enfermeira pelo Centro Universitário Tiradentes.

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.8

RESUMO

A Síndrome de Stevens- Johnson (SSJ) é uma doença autoimune rara desencadeada por uma reação adversa a substâncias ou infecções que induz a apoptose dos queratinócitos, a enfermagem tem imensa importância nos cuidados ao paciente, visto que é a profissão em saúde mais próxima do paciente e passível de identificação precoce de sinais de alterações fisiológicas. O presente estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas a respeito dos cuidados de enfermagem à síndrome de Stevens Johnson. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura onde a pergunta norteadora é “Quais as evidências científicas acerca dos cuidados de enfermagem à síndrome de Stevens Johnson?” Foi realizada uma pesquisa através da BVS, no período de Setembro a Outubro de 2022, utilizando os descritores “Síndrome de Stevens-Johnson” AND “Enfermagem” OR “Síndrome de Stevens-Johnson” AND “Sistematização da Assistência de Enfermagem” nas seguintes bases de dados: Medline, LILACS e BDEF. Foi verificado que após o início da doença, o tratamento é amplamente de suporte e a assistência de enfermagem está em boa posição para prestar os cuidados na síndrome, concentrando os cuidados com as lesões, prevenção de infecções, hidratação, nutrição, conforto e prevenção de complicações. A enfermagem é de grande importância ao avanço científico, desenvolvemos formas de cuidados que servem de alicerce para procedimentos médicos. A Síndrome de Stevens Johnson requer estudos acerca de tratamento médico, mas isso não impede a enfermagem de desenvolver cuidados extrínsecos que possam contribuir para maior manejo da síndrome que conforme evidenciado tem maior apelo ao tratamento de suporte.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem. síndrome de stevens-johnson. doença rara.

ABSTRACT

Stevens-Johnson Syndrome (SJS) is a rare autoimmune disease triggered by an adverse reaction to substances or infections that induces keratinocyte apoptosis, nursing is of immense importance in patient care, as it is the health profession closest to the patient and capable of early identification of signs of physiological changes. This study aims to analyze the scientific evidence regarding nursing care for Stevens-Johnson syndrome. This is an integrative literature review where the guiding question is “What is the scientific evidence about nursing care for Stevens-Johnson syndrome?”. A survey was carried out through the VHL, from September to October 2022, using the descriptors “Stevens-Johnson Syndrome” AND “Nursing” OR “Stevens-Johnson Syndrome” AND “Systematization of Nursing Care” in the following databases: Medline, LILACS, and BDEF. It was verified that after the onset of the disease, the treatment is largely supportive and nursing care is in a good position to provide care for the syndrome, focusing on wound care, infection prevention, hydration, nutrition, comfort, and prevention of complications. Scientifically, we develop forms of care that serve as a foundation for medical procedures. Stevens-Johnson Syndrome requires studies about medical treatment, but this does not prevent nursing from developing extrinsic care that can contribute to better management of the syndrome, which, as evidenced, has a greater appeal for supportive treatment.

Keywords: nursing care. stevens-johnson syndrome. rare disease.

INTRODUÇÃO

Ao se deparar com um paciente passando pelo processo da síndrome de Steven Johnson ,visualizando suas necessidades de perto e conhecendo as competências da enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que é a operacionalização do trabalho fundamentada pelo Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional (Resolução COFEN-358/2009), nos deparamos com sua importância nos cuidados ao paciente, está, a motivação pessoal para realização desta pesquisa. Visto que é a profissão da saúde mais próxima do paciente e passível de identificação precoce de alterações fisiológicas e aplicabilidade de cuidados fundamentados.

A Síndrome de Stevens- Johnson (SSJ) é uma doença autoimune rara desencadeada por uma reação adversa a substâncias ou infecções que induz a apoptose dos queratinócitos. A literatura revela que o Eritema Multiforme ou Polimorfo (EM) foi descrito pela primeira vez por Ferdinand Von Hebra em 1866 , a Síndrome de Stevens - Johnson (SSJ) em 1922 pelo Dr. Albert Mason Stevens e Dr. Frank Chambliss Johnson e em 1950 foi dividido por Thomas em Eritema Multiforme Menor e Eritema Multiforme Maior também conhecido como SSJ ,mas em 1993 Bastuji e Roujeau propuseram que Eritema Multiforme Maior e a SSJ eram doenças distintas e então atualmente a SSJ é a forma mais simples da doença que pode agravar apresentado desvitalização do tecido acima de 30 % da superfície corporal e ser denominada Necrolise Epidérmica Tóxica (NET) descrita em 1956 por Lyell. (Bulisani, Ana Carolina Pedigoni *et al.*, 2006) Segundo o Orphanet A incidência anual do síndrome é de 1/1,000,000. A SJS é uma das reações adversas a medicamentos (RAMs) mais debilitantes reconhecidas. No Brasil os dados são escassos, estima-se 1,2 a 6 casos por milhões/ano da SSJ e 0,4 a 1,2 por milhões/ano da NET (Bulisani, Ana Carolina Pedigoni *et al.*, 2006).

Evidencia-se na literatura que os sinais dermatológicos graves podem afetar a autoestima e o psicológico do paciente; segundo Holubar (1989) a pele tem função ecológica: autoimagem, autoconfiança (excitação, medo, embaraço) e função ecológica: mecânica, físicoquímica (osmose), térmica e imunológica. Sendo assim a enfermagem e seus cuidados dermatológicos melhoram também a questão psicológica que envolve o doente. A enfermagem neste contexto utiliza-se do processo de enfermagem para implementação do seu cuidado científico e na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), atividade privativa do enfermeiro, de acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009 que trata da implantação da SAE e implementação do PE em toda instituição de saúde pública e privada.

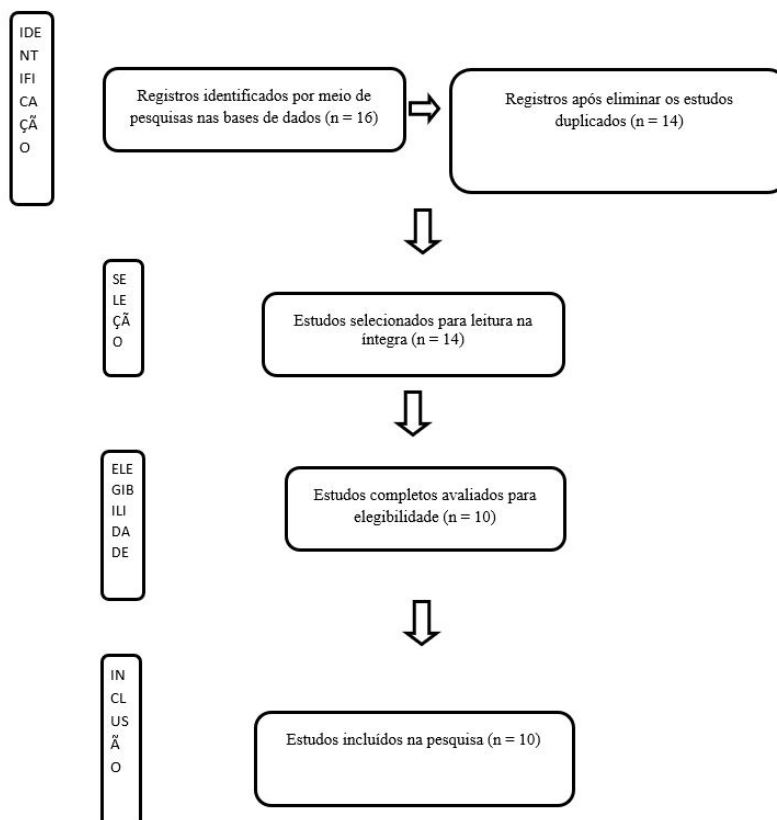
Baseando-se nas normas do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 564, de 06 de novembro de 2017, Art. 1º – Exercer a enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos e Art. 6º – Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional. Na Resolução COFEN nº 567/2018, Art. 3º - Cabe ao Enfermeiro da área a participação na avaliação, elaboração de protocolos, seleção e indicação de novas tecnologias em prevenção e tratamento de pessoas com feridas. Esse trabalho visa aprimorar os conhecimentos técnico científico e consequentemente manifestar a importância da enfermagem nos cuidados ao paciente que desenvolve a Síndrome de Stevens Johnson , verifi-

cando que os dados brasileiros são escassos e que a morbidade e mortalidade da Síndrome de Stevens - Johnson é alta (Bulisani, Ana Carolina Pedigoni *et al.*, 2006) , este trabalho tem como principal objetivo analisar as evidências científicas a respeito dos cuidados de enfermagem frente à síndrome de Stevens Johnson partindo da seguinte pergunta de pesquisa: quais são as evidências científicas acerca dos cuidados de enfermagem frente à síndrome de Stevens Johnson?

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com a finalidade de sintetizar, de forma sistemática, resultados de pesquisas com diversas abordagens metodológicas disponíveis no meio científico; visando a compreensão ampla de um tema específico e permitindo a incorporação desses achados na prática clínica. Segundo Mendes *et al.* (2018) esse método é composto por seis etapas que incluem: pergunta norteadora da revisão; seleção da amostra do estudo; categorização e avaliação dos estudos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.

Para responder a pergunta norteadora foi realizada uma pesquisa através da Biblioteca Virtual em Saúde, no período de Setembro a Outubro de 2022, utilizando os descritores “Síndrome de Stevens-Johnson” AND “Enfermagem” e “Síndrome de Stevens-Johnson” AND “Sistematização da Assistência de Enfermagem”. As bases de dados utilizadas foram: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem - BDENF. Consideraram-se ainda como critério de inclusão adicional: artigos com texto completo sem delimitação de tempo, devido cruzamento de dados diminuir drasticamente o quantitativo de artigos além de artigos com mais de 5 anos serem fundamentais para responder está pesquisa sendo inviável a exclusão dos mesmos. E excluíram-se os artigos que não responderam à pergunta norteadora e artigos repetidos.



RESULTADOS

Foram encontrados 16 artigos e após leitura dos títulos e resumos, compuseram a amostra final 10 artigos que foram lidos na íntegra e responderam de forma pontual a pergunta de pesquisa.

Quadro 1 – Artigos selecionados

| Título | Autor e Ano | Objetivo | Tipo de Estudo | Considerações |
|--|---|--|--|---|
| Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Guide for Nurses | Leah M. Hanson, Amanda P. Bettencourt. (2020) | Descrever o processo de identificação e diagnóstico de SSJ e NET em pacientes de todas as idades, revisar a fisiopatologia e as causas comuns. | Guia de prática clínica / Estudo prognóstico | Este artigo fornece uma visão geral dessa doença, incluindo avaliação física e prioridades de cuidados de enfermagem. |
| Os cuidados de Enfermagem na Síndrome de Stevens Johnson /Necrólise Epidérmica Tóxica: Um Relato de Caso | Miranda, Orlete Donato de Oliveira; Menezes, Ezequiel Kleber Carpes; Santos, Claudirene Maria dos; Marrone, Luiz Carlos Porcello; Barros, Claudemir Monteiro de. (2020) | Descrever o caso de um paciente pediátrico com SSJ/NET em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de uma organização pública de saúde no interior do Estado de Rondônia, contrastando o atendimento realizado no local com a literatura vigente, além de sugerir propostas de diagnósticos e intervenções de enfermagem. | Relato de casos / Estudo diagnóstico | Conclui-se que a implementação da assistência de enfermagem pode ser considerada parte essencial no tratamento da SSJ/NET. |
| Nursing problems in patients with toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome in a Dutch burn centre: A 30-year retrospective study. | N.Trommel, H.W.Hofland, R.S.van Komen, J.Dokter, M.E.van Baar (2019) | Avaliar os problemas de enfermagem em pacientes TEN em um centro de queimados e identificar o início e a duração dos problemas de enfermagem ao longo do período de adoecimento. | Estudo retrospectivo | Sugere iniciar as intervenções de enfermagem no início do tratamento, abordar os problemas ao primeiro sinal e informar os pacientes e seus familiares ou familiares sobre essas questões no início do processo de doença |
| Care in patients with epidermal necrolysis in burn units. A nursing perspective. | V.Lerma, M.Macías, R.Toro, A.Moscoso, Y.Alonso, O.Hernández, F.J.de Abajo (2018) | Descrever como os cuidados de enfermagem são prestados a pacientes com necrólise epidérmica em unidades de queimados/unidades especializadas na Espanha e em uma seleção de países. | Diretrizes práticas / Estudo de prevalência | Diretrizes de cuidados de enfermagem baseadas em evidências são necessárias para reduzir a mortalidade e minimizar as sequelas dessa doença rara e muitas vezes devastadora. |
| Nursing care of a boy seriously infected with Steven-Johnson syndrome after treatment with azithromycin: A case report and literature review. | Xu, Lili BS; Zhu, Yueniu PhD; Yu, Jing BS; Deng, Mengyan BS; Zhu, Xiaodong MD (2018) | Apresentar aspectos referentes às manifestações clínicas, tratamento e cuidados de enfermagem em um paciente pediátrico com SSJ. | Relato de caso | O tratamento atual é principalmente sintomático, e para o paciente, é importante que os cuidados com a pele sejam bem relacionados. |

| | | | | |
|--|--|---|---------------------------|---|
| Supportive therapy for a patient with toxic epidermal necrolysis undergoing plasmapheresis. | Bozena Seczynska, RN, MSCN; Ilona Nowak, RN, MSCN; Aurelia Sega, RN, MSCN; Maria Kozka, RN, MSCN, PhD; Michael Wodkowski, MD; Wieslaw Królikowski, MD, PhD; Wojciech Szczeklik, MD, PhD (2013) | Relatar a terapia de suporte realizada por uma equipe de enfermagem em uma UTI especializada. | Relato de caso | terapia de suporte meticulosa e o tratamento especializado de feridas ainda são os principais fatores que contribuem para o aumento da sobrevida. |
| Drug reaction, skin care, skin loss. | Cooper, Karen L. (2012) | Discutir a identificação, complicações e tratamento da Síndrome de Stevens-Johnson. | Ensaio clínico controlado | A avaliação dos enfermeiros de cuidados intensivos de uma bolha anormal ou erupção cutânea pode aumentar o reconhecimento precoce de uma possível SSJ. |
| Diagnósticos de enfermagem para o paciente com necrólise epidérmica tóxica: estudo de caso. | Carneiro, Taize Muritiba; Silva, Iranete Almeida Sousa. (2012) | Apreender os diagnósticos de enfermagem identificados em paciente acometido por necrólise epidérmica tóxica, internado em uma unidade de terapia intensiva (UTI) de uma organização pública de saúde. | Relato de caso | Foram evidenciados treze diagnósticos de enfermagem, assim como a necessidade de aprimoramento teórico desses profissionais sobre a Sistematização de Assistência de Enfermagem e o sentido de valor que esta prática pode acrescentar à profissão, na condução da assistência individualizada aos pacientes sob seus cuidados. |
| Topical treatment protocol for Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a brief report. Evans, Jill. | Edwards, Karen; Stokes, Hattie; Suttle, Kelly; Potts, Catrice; Coles, Karen. (2009) | Fornecer um resumo desse tratamento para o Enfermeiro | Diretrizes práticas | Demonstrou que o desenvolvimento de um protocolo de tratamento padronizado para pacientes com SSJ e NET, reduz o tempo de Cicatrização, diminui os custos de troca de curativos e diminuiu acentuadamente a incidência de infecções sistêmicas. |
| Síndrome de Stevens-Johnson en el curso del SIDA. Acciones de Enfermería ante la infección / Stevens-Johnson syndrome in the course of AIDS. Nursing actions against the infection | Alfonso Rittoles, Annette; Ricardo Fonseca, Maria Elena; Feliú Lamarque, Niobis; Rodríguez Barreiras, Maria Elena. (1997) | Indicar cuidados de enfermagem a um paciente imunossuprimido por HIV positivo com síndrome de Stevens-Johnson | Relato de caso | Os cuidados de enfermagem e a estrita observância das medidas de biossegurança são essenciais para a recuperação do paciente. |

Fonte: A autora (2022)

DISCUSSÃO

Embora a SSJ e a NET sejam relativamente raras, os pacientes com essa emergência dermatológica apresentam vários desafios de gerenciamento e cuidados. A assistência de enfermagem na síndrome se concentra nos cuidados com as lesões, prevenção de infecções, hidratação, nutrição, conforto e prevenção de complicações (Hanson LM, Bettencourt AP. 2020). O acompanhamento por uma equipe multidisciplinar e de preferência com consulta compartilhada, é fundamental para um tratamento de sucesso. Entretanto as evidências científicas revelaram que os cuidados de enfermagem podem seguir os seguintes núcleos temáticos:

Planejamento da assistência de enfermagem

Os estudos revelam 21 diagnósticos de enfermagem, embora conforme a assistência individualizada podemos verificar a existência de novos diagnósticos ou a inexistência deles. Segundo Oliveira OD de, Menezes EKC, Santos CM dos, Marrone LCP, Barros CM. (2020) Carneiro, Taize Muritiba e Silva, Iranete Almeida Sousa (2012):

- Baixa autoestima situacional relacionado a alteração da imagem corporal devido às lesões caracterizado por verbalizações auto negativas.
- Comunicação verbal prejudicada relacionada a lesões orais ou utilização de dispositivos nasais ou orais caracterizado pela dificuldade de falar.
- Déficit no autocuidado para vestir-se relacionado a dor é caracterizado pela capacidade prejudicada de colocar roupas
- Deglutição prejudicada relacionada a lesões na mucosa oral, caracterizado pela recusa da ingestão e relato de dor.
- Dor aguda relacionada à exposição de receptores nervosos caracterizada por relato verbal e expressões de dor.
- Eliminação urinária prejudicada relacionado à infecção no trato urinário caracterizado por relato de disúria, febre, polaciúria ou piúria.
- Integridade da mucosa oral prejudicada relacionado à reação de hipersensibilidade à (colocar a substância suspeita), caracterizado por lesões orais.
- Integridade da pele prejudicada relacionado à reação de hipersensibilidade à (colocar a substância suspeita), caracterizado por lesões dérmicas.
- Mobilidade física prejudicada relacionada a presença de lesões por todo o corpo caracterizada pela dificuldade para mudar de decúbito.
- Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada à incapacidade de ingerir alimentos caracterizada por perda calórica e proteicas.
- Padrão respiratório ineficaz relacionado à dor intensa caracterizado por hiperventilação e fadiga da musculatura respiratória.
- Perfusão tissular ineficaz relacionada a transporte prejudicado de oxigênio, evidenciado em verificação de SpO2 e/ou resultado de gasometria arterial.

- Processos familiares interrompidos relacionados à internação em UTI caracterizado pela impossibilidade de permanência de acompanhante.
- Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a mecanismo de regulação comprometido
- Risco de infecção relacionada a lesões dérmicas e uso de dispositivos invasivos.
- Risco de lesão na córnea relacionado a reação de hipersensibilidade
- Risco de ressecamento ocular relacionado a perda excessiva de líquidos pela pele
- Risco de volume deficiente de líquidos relacionado a perda excessiva de líquidos
- Termorregulação ineficaz relacionado à grande perda epidérmica evidenciado por hipotermia ou hipertermia
- Troca de gases prejudicada relacionada ao desequilíbrio ventilação-perfusão evidenciado por análise da gasometria arterial.
- Volume excessivo de líquidos relacionado a hipersensibilidade medicamentosa caracterizado por edema.

O quadro a seguir traz intervenções fundamentais segundo os artigos selecionados:

Quadro 2 – Intervenções de enfermagem fundamentais para o cuidado ao paciente com a Síndrome de Stevens Johnson

| Intervenção | Justificativa | Observação |
|---|--|--|
| Coleta de dados | A identificação e interrupção de medicamento agressor interrompe a progressão da doença. | Últimos 30 dias |
| Avaliação Física | Acompanhamento da progressão da doença orienta condutas. | -Diária -Uso do SCORTEN ou ABCD-10 |
| Avaliação neurológica | Indicam o início de distúrbios eletrolíticos e orientam quanto ao uso de analgésicos. | - |
| Dispositivos especiais | Melhoram a qualidade da assistência. | Avaliar a necessidade e solicitar |
| Utilização da SAE | Fundamentar os cuidados de enfermagem | - |
| Quarto privativo e aquecido | Afastar o risco de contaminação cruzada e diminuir o consumo de energia e reduzir perdas de fluidos. | A temperatura ambiente entre 25 e 28 °C. |
| Aspiração das vias aéreas | Tosse brônquica pode ocluir o tubo endotraqueal levando a PCR. | Cuidados gerais da aspiração. |
| Desencorajar o uso de equipamentos que causam atrito com a pele | Aumento de perda de pele e dor. | Adaptar dispositivos |
| Gerenciamento genital, urinário e fecal | -Evitar aderências em região genital. -Eliminações fisiológicas em contato com a pele aumentam o risco de perda de tecido e infecção. | -Uso de moldes vaginais -Dispositivo de gerenciamento fecal. -SVD |
| Curativos do cateter central | Risco de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter central. | - Disco antimicrobiano ou outras abordagens do tipo. -Remoção do cateter o mais rápido possível |

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| FC, PA, Débito urinário e Edema. | Indicadores apropriados do estado hídrico, orientam a ressuscitação fluidica. | -Monitorização SVD -PAI |
| Suporte Nutricional | Auxiliam em um melhor prognóstico para o paciente | SNE |
| Cuidados e prevenção de lesões | Auxiliam em um melhor prognóstico para o paciente | -Avaliar a melhor aplicabilidade para o caso -Aspirar bolhas deixando a pele intacta |
| Acompanhamento psicológico | Os sinais dermatológicos afetam o psicológico do paciente | Terapias holísticas |
| Cuidados oculares e bucais | Identificar e tratar precocemente alterações que podem levar a complicações. | Importante consulta oftalmológica 24 a 48 horas após a admissão. |

Fonte: elaboração própria tendo como referência o artigo: Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Guide for Nurses.

Foi verificado que após o início da doença, o tratamento é amplamente de suporte, e a enfermagem está em boa posição para evitar as complicações da doença. Embora a sepse seja a maior causa de mortes do portador da síndrome, o uso de antibioticoterapia profilática deve ser desencorajado, devendo ser estimulado antissepsia em todos os cuidados.

Segundo N. Trommel *et al.* (2019) as recomendações para o melhor dia para determinar o SCORTEN, um escore desenvolvido por Bastuji-Garin e col. que determina as variáveis como fatores preditores do prognóstico e risco de morte dos pacientes com SSJ e NET, varia entre os dias 1 e 5 de admissão. Podendo ser utilizado também o ABCD-10, escore desenvolvido mais recentemente.

Quadro 3 - Ferramentas para prever probabilidade de mortalidade da SSJ e NET

| Parâmetro | SCORTEN | ABCD-10 |
|---|--|--|
| Idade | > 40 (1 ponto) | > 50 (1 ponto) |
| Frequência cardíaca, BPM | > 120 (1 ponto) | Não incluído |
| Superfície do corpo destacada, % | TBSA destacado > 10 (1 ponto) | TBSA destacado > 10 (1 ponto) |
| Nível de bicarbonato, mmol/L | < 20 (1 ponto) | < 20 (1 ponto) |
| Nível de uréia, mmol/L | > 10 (1 ponto) | Não incluído |
| Câncer ativo | 1 ponto | 2 pontos |
| Nível de glicose, mmol/L | Soro > 14 (1 ponto) | Não incluído |
| Diálise | Não incluído | Antes da admissão (3 pontos) |
| Pontuação total e interpretação a | Probabilidade de mortalidade: 1 = 0-0,1 2 = 0,1-0,2 3 = 0,2-0,4 4 = 0,4-0,6 ≥ 5 = ≥ 0,6 | Probabilidades de mortalidade previstas: 0 = 2,3 1 = 5,4 2 = 12,3 3 = 25,5 4 = 45,7 5 = 67,4 ≥ 6 = 83,6 |
| Abreviaturas: BPM, batimentos por minuto; TBSA, área de superfície corporal total. a As pontuações variam de 1 a 7 para SCORTEN e de 0 a 8 para ABCD-10. | | |

Fonte: Adaptado de Hanson LM, Bettencourt AP. 2020

Curativos

Segundo os estudos, a abordagem conservadora normalmente envolve deixar a pele desnuda e intacta para atuar como uma barreira biológica. Se houver bolhas, o fluido deve ser aspirado com a pele deixada no lugar. Normalmente é escolhida uma gaze não aderente impregnada de petróleo ou emoliente, antimicrobianos como sulfadiazina de prata devem ser usados apenas onde houver infecção. Não foi encontrada nenhuma diferença no tempo de cicatrização com curativos avançados e de longa duração embora eles possam facilitar deixando as trocas menos frequentes promovendo conforto ao paciente (Hanson LM, Bettencourt AP. 2020).

Educação em saúde para pacientes e familiares

Foi evidenciado pelos diagnósticos de enfermagem a importância de desenvolver junto ao paciente e familiares a educação em saúde, fortalecendo assim o processo do cuidado e promovendo suporte após alta. Embora a síndrome seja autoimune, os fármacos desencadeiam mais de 50% dos casos da síndrome de Stevens-Johnson (Bulisani, Ana Carolina Pedigoni *et al.*, 2006), diante deste fato, a orientação quanto ao uso apenas de medicações prescritas é imprescindível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Stevens Johnson ainda requer estudos acerca de tratamento médico, mas isso não impede a enfermagem de desenvolver cuidados extrínsecos que possam contribuir para maior manejo da síndrome utilizando-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para prestar os cuidados específicos e diferenciadas as repercussões da doença e possibilitando perceber a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente que conforme evidenciado, tem maior apelo ao tratamento de suporte.

Este trabalho também ressalta a importância do conhecimento dos casos em números para que a comunidade científica desenvolva mais pesquisas e visa contribuir para a mesma acerca da temática, além de reafirmar a importância do processo de enfermagem para a profissão, que valida cientificamente o processo do cuidar.

REFERÊNCIAS

Alfonso Rittoles, Annette *et al.* Síndrome de Stevens-Johnson no curso da AIDS: ações de enfermagem diante da infecção. Rev Cubana Enfermer, Cidade de Havana, v. 13, não. 1 p. 47-53, jun. 1997.

Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191997000100007&lng=es&nrm=iso>. Acessado em 09 nov. 2022.

Bozena Seczynska, Ilona Nowak, Aurelia Segá, Maria Kozka, Michael Wodkowski, Wieslaw KrÓlikowski, Wojciech Szczekliak; Supportive Therapy for a Patient With Toxic Epidermal Necrolysis Undergoing Plasmapheresis. Crit Care Nurse 1 August 2013; 33 (4): 26–38.DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2013555>

Brasil. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1989 [citado em 09 Nov. 2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

Bulisani, Ana Carolina Pedigoni *et al.* Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica em medicina intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [online]. 2006, v. 18, n. 3 [Acessado 17 Novembro 2022], pp. 292-297. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-507X2006000300012>>. Epub 30 Abr 2008. ISSN 1982-4335. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2006000300012>.

Carneiro, Taize Muritiba e Silva, Iranete Almeida Sousa Diagnósticos de enfermagem para o paciente com necrólise epidérmica tóxica: estudo de caso. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2012, v. 65, n. 1 [Acessado 9 Novembro 2022], pp. 72-76. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100010>>. Epub 26 Jun 2012. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100010>.

Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. 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 [Internet]. [Citado em 09 Nov. 2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009 (BR). 2009 [Acesso em 09 nov. 2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

Conselho Regional de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN nº 564, de 06 de novembro de 2017. Dispõe sobre a aprovação do novo código de ética dos profissionais de enfermagem. [Acesso em 09 nov. 2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html

Conselho Regional de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN nº 567, de 29 de janeiro de 2018. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. [Acesso em 09 nov. 2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html

Evans, Jill. Protocolo de tratamento tópico para síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica: Um relatório breve. *Revista de Enfermagem em Feridas, Ostomias e Continências*: Setembro 2009 - Volume 36 - Edição 5 - p 509-511 doi: 10.1097/WON.0b013e3181b414ed

Hanson LM, Bettencourt AP. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Guide for Nurses. *AACN Adv Crit Care*. 2020 Sep 15;31(3):281-295. DOI: 10.4037/aacnacc2020634. PMID: 32866260; PMCID: PMC7539539.

Oliveira OD de, Menezes EKC, Santos CM dos, Marrone LCP, Barros CM. Os cuidados de Enfermagem na Síndrome de Stevens Johnson /Necrólise Epidérmica Tóxica: Um Relato de Caso. *Nursing care in the Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Case Report*. *Rev. Enferm. Atual In Derme* [Internet]. 30º de junho de 2020 [citado 9º de novembro de 2022];92(30). Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/539>

Karen L. Cooper; Reação a drogas, cuidados com a pele, perda de pele. *Enfermeira de Cuidados Críticos* 1 de agosto de 2012; 32 (4): 52–59.DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2012340>

N. Trommel, H.W. Hofland, R.S. van Komen, J. Dokter, M.E. van Baar,

Nursing problems in patients with toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome in a Dutch burn centre: A 30-year retrospective study, *Burns*,

Volume 45, Issue 7, 2019, Pages 1625-1633, ISSN 0305-4179, <https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.07.004>.

Orphanet: uma base de dados on-line de doenças raras e medicamentos órfãos. Copyright, INSERM 1999. Disponível em <http://www.orpha.net>. Acesso: 09/11/2022

Stevens Johnson Syndrome Foundation [acesso em 9 nov. 2022] Disponível em: <http://sjsupport.org/>

V. Lerma, M. Macías, R. Toro, A. Moscoso, Y. Alonso, O. Hernández, F.J. de Abajo, Care in patients with epidermal necrolysis in burn units. A nursing perspective,

Burns, Volume 44, Issue 8, 2018, Pages 1962-1972, ISSN 0305-4179, <https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.06.010>.

Xu, Lili BS; Zhu, Yueniu PhD *; Yu, Jing BS; Deng, Mengyan BS; Zhu, MD Xiaodong. Cuidados de enfermagem a um menino gravemente infectado com síndrome de Steven-Johnson após tratamento com azitromicina: Um relatório de caso e revisão de literatura. Medicina: janeiro de 2018 - Volume 97 - Edição 1 - p e9112 DOI: 10.1097/MD.00000000000009112.



O papel da enfermagem nos cuidados paliativos

The role of nursing in palliative care

Cícera Merylyn Rodrigues da Cruz
Jessica Karoline da Silva Silvestre
Maria Goreth Alves de Oliveira Simplicio
Taiane Pereira dos Santos
Valéria Cabral de Melo
César Augusto da Silva

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.9

RESUMO

O cuidar em enfermagem implica em importar-se com a pessoa, procurando entendê-la também nos últimos momentos, proporcionando melhor qualidade de vida do ponto de vista físico, emocional, social e espiritual, compreendendo os estágios pelos quais passam o paciente e os familiares. Expondo sobre a importância da enfermagem nos cuidados paliativos. A pesquisa teve como objetivo destacar a importância das ações do profissional de enfermagem nos cuidados paliativos. E os específicos apontar o impacto gerado no ambiente familiar diante do luto antecipatório na família em decorrência de um quadro terminal; descrever a assistência de enfermagem ao paciente e familiar que vivenciam o processo fora de possibilidade terapêutica; destacar o cuidado paliativo para a equipe de enfermagem; identificar as fases pelas quais passa o paciente terminal sendo importante prestar os cuidados paliativos adequados. Contudo é fundamental compreender que o enfermeiro atua visando à manutenção do paciente livre de dor mantendo sua capacidade de comunicação, consciência, bem-estar e sua dignidade até a morte. Deste modo, o paciente, a família e os profissionais da saúde precisam ser realistas diante da possibilidade da morte. O papel do enfermeiro é ajudar o paciente em todos os momentos, dando apoio emocional, atenção, respeitando seus sentimentos e limitações. Assim o profissional deve estar preparado para prestar um atendimento de qualidade aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, como também atentar para os questionamentos e queixas da família, fortalecendo o vínculo oriundo desta situação.

Palavras-chave: assistência de enfermagem. cuidados paliativos. família.

ABSTRACT

The nursing care involves caring for the person, trying to understand it also in recent times, providing better quality of life of the physical, emotional, social and spiritual point of view, comprising the stages through which pass the patient and family. Expounding on the importance of nursing in palliative care. The research aimed to highlight the importance of the nurse's actions in palliative care. And the specific point the impact generated in the family environment on the anticipatory grief in the family due to a terminal frame; describe the nursing care to the patient and family to experience the process without therapeutic possibility; highlight palliative care for nursing staff; identify the stages through which the patient terminal is important to provide appropriate palliative care. Yet it is crucial to understand that the nurse acts in order to maintain the pain free patient keeping your communication skills, awareness, well-being and dignity to death. Thus, the patient, family and health professionals need to be realistic at the prospect of death. The nurse's role is to help the patient at all times, giving emotional support, attention, respect your feelings and limitations. So the professional should be prepared to provide quality care to patients out of therapeutic possibilities, but also pay attention to the questions and family complaints, strengthening the bond arising from this situation.

Keywords: nursing care. palliative care. family.

INTRODUÇÃO

O estudo tem como objetivo contribuir com informações sobre o papel do enfermeiro nos cuidados paliativos. O cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (OMS, 2011).

Assim, o trabalho abordou o papel da enfermagem e o cuidado paliativo, neste contexto, destacando a importância do enfermeiro na ajuda ao paciente em todas as fases da doença, dando apoio emocional, atenção, respeito aos sentimentos e as limitações do paciente.

O paciente precisa ser atendido por profissionais preparados para prestar cuidados paliativos de qualidade, sendo atento aos questionamentos e queixas da família, com o intuito de fortalecer vínculos. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP, 2012).

O trabalho tem como função destacar a importância das ações do profissional de enfermagem no cuidado do paciente em fase terminal, considerando que essas ações consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares. Diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. (OMS, 2011).

O paciente fora das possibilidades terapêuticas encontra-se sem perspectiva de regressão da doença, onde todas as possibilidades de cura foram esgotadas, mas é frequente que as pessoas comecem a pensar na morte pouco antes de morrer. (ANCP, 2012).

Assim, a enfermagem atua para preservar a qualidade de vida, dar alívio ao sofrimento e restabelecer a saúde dos clientes. Contudo os profissionais de enfermagem têm a morte presente no decorrer de sua atuação profissional, diante desta situação buscam minimizar o sofrimento do paciente e apoiar os familiares. (BROMBERG, 2000).

O paciente em estado terminal deve ser assistido integralmente, e isto requer complementação de saberes, partilha de responsabilidades, onde demandas diferenciadas se resolvem em conjunto. Diante desse sofrimento, cabe à enfermagem, identificar as fases pelas quais passa o paciente terminal, sendo importante prestar os cuidados paliativos adequados. Qual o papel da enfermagem nos cuidados paliativos?

O trabalho tem como justificativa mostrar que os profissionais de saúde durante o processo do cuidar são fundamentais, pois a assistência ao paciente deve ser humanizada respeitando o ser como um todo; dessa forma as ações de enfermagem estão relacionadas à hidratação, alimentação, higiene e conforto, os cuidados paliativos devem ser realizados para aliviar a dor por ser um dos grandes problemas que envolvem os pacientes em situações de doença e a terminalidade da vida.

O objetivo geral do artigo é destacar a importância das ações do profissional de enfermagem nos cuidados paliativos. E para o alcance desse objetivo foram elencados os específicos que são apontar o impacto gerado no ambiente familiar diante do luto na família em decorrência de um quadro terminal; descrever a assistência de enfermagem ao paciente e familiar que vivenciam o processo fora de possibilidade terapêutica; discorrer o cuidado paliativo para a

equipe de enfermagem.

E para melhor compreensão o estudo abordou uma revisão a respeito das fases pelas quais passa o paciente terminal sendo de fundamental importância para a enfermagem prestarem os cuidados adequados. Uma vez que a assistência de enfermagem compreende todo o ciclo vital do ser humano, isto é, desde o nascimento até o pós-morte. Dessa forma, é válido considerar que o papel do profissional da enfermagem não se esgota com a confirmação da morte. (MEDEIROS; BONFADA, 2012).

CONCEITOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos são direcionados aos pacientes fora de possibilidade terapêutica e não existe a finalidade de curar. Uma vez que a doença já se encontra em um estágio progressivo, irreversível e não responsivo ao tratamento curativo, sendo o objetivo desses cuidados propiciar qualidade de vida nos momentos finais. (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Os cuidados paliativos pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. O paciente em estado terminal deve ser assistido integralmente, e isto requer complementação de saberes, partilha de responsabilidades, onde demandas diferenciadas se resolvem em conjunto.

Conforme Matsumoto (2009, p. 26):

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto.

A compreensão multideterminada do adoecimento proporciona à equipe uma atuação ampla e diversificada que se dá através da observação, análise, orientação, visando identificar os aspectos positivos e negativos, relevantes para a evolução de cada caso. Além disso, os saberes são inacabados, limitados, sempre precisando ser complementados. O paciente não é só biológico ou social, ele é também espiritual, psicológico, devendo ser cuidado em todas as esferas, e quando uma funciona mal, todas as outras são afetadas. (JUVER; RIBA, 2009).

Na visão de Gutierrez (2001) a construção de um conceito para paciente terminal é complexa, isso se deve ao fato de existirem diversas avaliações consensuais, de diferentes profissionais, e por haver uma dificuldade maior em reconhecer tal paciente do que objetivá-lo. Vale destacar que tais dificuldades não devem comprometer o benefício dos pacientes, das famílias e dos profissionais da área da saúde, para que possam ter no reconhecimento desta condição dar assistência necessária aos que deles precisarem.

Na visão da OMS (2011, p. 83):

Cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares, diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Com essa visão é possível afirmar que os cuidados paliativos, tratam de uma área relativamente nova, envolvem desde as boas práticas de exames complementares até questões globais; como bioética, indicando a necessidade de adoção de medidas para minimizarem possíveis riscos provenientes do trabalho intelectual, técnico, emocional e científico relativos à saúde humana e ambiental (ANCP, 2012).

Com isso, o conceito de cuidados paliativos é historicamente relacionado com a causa da alteração na trajetória de doenças que, no passado, eram fulminantes; observa-se sua cronicização, graças ao desenvolvimento da medicina, da cirurgia e da farmacologia. Muitas ainda não têm cura, como alguns tipos de câncer, Aids e moléstias degenerativas, o que faz com que alguns pacientes vivam anos com necessidade de cuidados constantes. (KOVÁCS, 2010).

Assistência de enfermagem

A assistência de enfermagem vai além do cuidado àquele que vive, envolve também cuidados especiais ao paciente e seus familiares no momento morte. Assim, a assistência de enfermagem com a finitude, tanto ao noticiar a fase terminal como ao prestar os cuidados com o paciente, traz sérios impactos emocionais ao profissional de enfermagem. Em virtude disso, devemos lembrar que as instituições de ensino precisam estimular as discussões sobre a terminalidade, objetivando preparar o futuro profissional para os impactos causados pela consolidação causada com a morte. (MEDEIROS; BONFADA, 2012).

Por isso, pode afirmar que a enfermagem é uma profissão que trabalha com o ser humano, interage com ele tanto em sua natureza física, como também social e psicológica. Desta forma, o cuidar pode ser caracterizado pela atenção, zelo e preocupação com o outro. Assim, os enfermeiros, profissionais cuja presença se faz de maneira ainda mais constante no cuidado junto a pessoas que vivenciam a sua finitude, experimentam de maneira potencializada esses sentimentos conflitantes, sendo este um tema recorrente de estudo (BELLATO, 2007).

Contudo, vale ressaltar que os profissionais de enfermagem é quem, geralmente, está mais próximo nos momentos difíceis. É quem o paciente e a família busca quando necessitam de esclarecimentos. Assim, este profissional tem que lidar com o sofrimento, com a angústia e com os temores que podem surgir em diversas situações que envolvem este cuidar. (MACHADO; LEITE, 2006).

O cuidar deve estar presente desde o nascer até o morrer. A enfermagem é uma profissão que trabalha com o ser humano desta forma: o cuidado é priorizado pela atenção, zelo e a preocupação pelo outro. Com isso, o enfermeiro deve agir, fazendo um elo entre o paciente, família e equipe multiprofissional, buscando recursos que possibilitem a melhor qualidade de vida ao seu cliente e sendo ele terminal, deve buscar algo que permita uma morte digna (ARAÚJO; SILVA, 2003).

Isso mostra que o profissional se preocupa com o cuidado prestado ao paciente em vários momentos, e uma forma concreta de atendimento é a humanização, visto que proporciona maior qualidade no atendimento não só do paciente, mas de seus familiares. O enfermeiro participa da vida do paciente com orientações de como é a melhor maneira de lidar com os seus sentimentos e também com suas próprias emoções (COSTA, *et al.*, 2008).

Por essa razão, pode-se dizer que as ações do enfermeiro, no cuidar do paciente fora de

possibilidades terapêuticas, não representam uma atividade fácil e nem isolada, há a necessidade de conhecer profundamente o paciente, valorizando seus sintomas, características pessoais, cultura e família, tendo-se a necessidade de um trabalho multiprofissional, podendo ser desenvolvido em unidades hospitalares, ajudando na qualidade de vida (MELO, 2008).

Para que o cuidado se desenvolva de forma integral e humanitária, o enfermeiro deve atender às necessidades de seus clientes/pacientes e de seus familiares, interagindo com eles, resolvendo problemas, apontando soluções, propiciando melhora da sua condição de saúde, ou proporcionando uma morte digna e com serenidade. (COSTENARO; LACERDA, 2002).

A enfermagem, pelas suas atribuições e competências, geralmente, é a primeira a lidar e “sentir” a morte do paciente, já que este se torna dependente de seus cuidados, que vão desde os mais banais, como escovar os dentes, até os mais complexos, principalmente quando o paciente está sobre os cuidados paliativos.

O profissional deve compreender os fenômenos da perda e morte, pois tem contato diário com pessoas que sofrem estes processos e, ao mesmo tempo, passa por experiências de perda pessoal à medida que o relacionamento paciente-família-enfermeiro termina com o óbito. (MEZZOMO, 2003).

Com isso, o sofrimento das pessoas que compõem a equipe de Enfermagem parece ser mascarado pelo cumprimento das rotinas. Trata-se de um cotidiano árduo e é preciso ter muita sensibilidade e vários mecanismos de defesa, como estuda a psicologia, para suportá-lo, e muitas vezes podem ser um erro considerado atos de frieza (RIBEIRO, BARALDI; SILVA, 1998).

Todavia, o profissional de enfermagem enfrenta em seu cotidiano a ruptura sofrida pelo indivíduo sadio que se tornou doente, e se depara constantemente com as situações estressantes da perda. Ser terapeuta de uma pessoa que agoniza induz o profissional a se conscientizar da singularidade de cada indivíduo. É uma tomada de consciência da sua própria finitude e limitado período de vida, (PINHO; BARBOSA, 2008).

Assim, os profissionais da área da saúde, enfermagem frequentemente, são expostos a situações de lidar com a morte de pacientes que estão sob seus cuidados; e o mais importante é que devemos acreditar que, quando um paciente chega à fase final, deve-se ficar ao seu lado e da família, apoiando, ouvindo, amenizando e até facilitando e fazendo-o a aceitar a chegada do fim inevitável. (KOVÁSC, 2010).

Portanto, o profissional de enfermagem se preocupa com o cuidado prestado ao paciente em vários momentos, e uma forma concreta de atendimento é a humanização, visto que proporciona maior qualidade no atendimento não só do paciente, mas de seus familiares, pois a morte é um dos elementos integrantes do ciclo da vida.

Visto que o indivíduo nasce, cresce, reproduz, envelhece e morre. Este ciclo, do nascer até o envelhecimento, passa a ser natural e aceitável para a maioria das pessoas, sendo o processo de morte e morrer temido até nas conversas, pois é necessário transformar o sofrimento em conquista e em realização humana, devendo extrair a culpa e aprender que a morte e o sofrimento fazem parte da vida.

A enfermagem não deve encarar a morte como o fim da vida, mas sim como o princípio da mesma, é possível aprender a fazer tudo, inclusive morrer. O paciente perde apenas seu

corpo físico do qual não necessita mais, porém suas ações sobreviverão. Buscar conhecimento sobre as fases pelas quais passa o paciente terminal é de suma importância para que se possa prestar o cuidado adequado, respeitando e ajudando a aliviar seu sofrimento nesse momento tão difícil. Enfim, morte é um processo para o qual as pessoas parecem não estar preparadas para enfrentar, mas com certeza enfrentarão um dia (BERNARDES *et al.*, 2016).

Observa-se que a enfermagem tem representações sociais desveladas no estudo, pois o enfermeiro inicia a trajetória do enfrentamento do ser que morre e a morte como realidade com um despreparo natural. Assim, o cuidado paliativo é permeado pela falta de decisão dos demais membros da equipe por que o tipo de cuidado será providenciado. Apesar destas deficiências, o ser enfermeiro parte para o cuidado motivado pela identificação com o ser humano que morre. Assim, o enfermeiro procura, de forma aceitável, conviver com o processo de morrer dos indivíduos. “Ele vê a morte como algo natural, começa a desenvolver sentimentos de imparcialidade como uma forma de defesa frente à dor e ao sofrimento que terminam em morte” (PALU, LABRONICI; ALBINI, 2004).

Segundo Matsumoto (2009, p. 73) qualquer que seja o modelo de prestação de serviços, as equipes de Cuidados Paliativos possuem em comum: reconhecimento e alívio da dor e de outros sintomas, quaisquer que sejam sua causa e natureza; reconhecimento e alívio do sofrimento psicossocial, incluindo o cuidado apropriado para familiares ou círculo de pessoas próximas ao doente; reconhecimento e alívio do sofrimento espiritual/existencial; comunicação sensível e empática entre profissionais, pacientes, parentes e colegas; respeito à verdade e a honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais; atuação sempre em equipe multiprofissional, em caráter interdisciplinar.

Equipes de Cuidados Paliativos habitam-se a considerar sempre que há muito sofrimento envolvido nos processos de adoecimento e morte e que o ensino da saúde não capacita o profissional de forma adequada para compreensão e alívio desse sentimento nos últimos anos e meses de vida.

É função da enfermagem segundo (BOEMER, 1997, p. 33).

Valorizar e defender a vida, manter a manutenção do bem-estar do paciente, sobretudo ao paciente incurável em grave sofrimento, assistindo-o de forma digna, integral, garantindo seu conforto e controle da dor, contudo, pode-se dizer que compete ao enfermeiro auxiliar o paciente a ter uma morte autenticamente humana, seja em casa ou no ambiente hospitalar. Os profissionais devem tomar cuidado com condutas paternalistas e autoritárias.

Todavia, pode-se afirmar que a atuação do enfermeiro perpassa por diferentes lógicas e por diferentes olhares, uma vez que o mesmo precisa além de auxiliar o paciente em sua finitude, também deve atuar auxiliando a família e humanizando em todos os momentos procurando sempre dar o melhor de si mesmo compreendendo a dor que o momento de despedida proporciona.

Pois, observa-se que a ela vai modificando bruscamente a dinâmica familiar, além dos sentimentos de dor, tristeza, de medo do futuro, de angústia e, muitas vezes, até de culpa, por não terem se aproximado de modo mais significativo do doente ao longo de sua existência, e ainda, por se sentirem impotentes diante da ausência de meios para assegurar a continuidade de sua vida. (BOEMER, 1997).

Conforme Susaki, Silva e Possari (2006), os profissionais de saúde acabam criando mecanismos de defesa que os auxiliam no enfrentamento da morte e do processo de morrer.

Por serem preparados para manutenção da vida, a morte e o morrer em seu cotidiano, suscitam sentimento de frustração, tristeza, perda, impotência, estresse e culpa. Em geral, o despreparo leva o profissional a afastar-se da situação.

Portanto, o cuidado em enfermagem ao paciente terminal é tentar minimizar o sofrimento e a dor. Além de proporcionar melhoria na qualidade de vida, não a fim de curar uma doença ou estender a vida ao máximo com a aplicação de terapêuticas fúteis, que traz sofrimentos, mas permitir que se viva seus momentos finais de forma tranquila e confortável. Na visão de Menezes (2009, p. 17) essa conduta é definida como ortotanásia, com a morte em seu tempo certo, com humanização e o alívio das dores, sem abreviar e sem prolongar o processo de morrer.

Com essas afirmações, torna-se importante que a sociedade tome conhecimento que certas decisões terapêuticas poderão somente prolongar o sofrimento do ser humano até o momento de sua morte, sendo imprescindível que médicos, enfermos e familiares, que possuem diferentes interpretações e percepções morais de uma mesma situação, venham a debater sobre a terminalidade humana e sobre o processo do morrer.

O papel da familiar

A família caracteriza-se como primeiro núcleo de interação e socialização do indivíduo. É nela que, geralmente, constituem-se vínculos intensos que perduram durante toda a vida, tornando a enfermidade de um de seus membros um evento que produz sofrimento e alterações psicossociais em todo o núcleo.

Com isso, o modo de enfrentamento dos familiares, diante à perspectiva de morte do paciente é moldado pelo sistema de crenças da família que, por sua vez, seria formatado pelas experiências de perda e luto até então vivenciados. Pois, constata-se que a família deve ser considerada como uma unidade de saúde para seus membros, pois, ela é fonte de cuidados, favorecidos devido à proximidade e convivência. Em caso de enfermidades graves, a família age, reage e interage internamente e com o contexto social em que vive para ajudar e apoiar o membro doente (SILVA; ACKER, 2007).

As famílias, na atualidade são cada vez menores e dispersas, aumentando a sobrecarga daqueles que carregam responsabilidades e providências. O aumento do tempo da doença com sintomas incapacitantes torna o cuidado com o paciente uma tarefa complicada, o que pode impedir a permanência em domicílio, gerando culpa nos familiares. (MENDES, 2009).

A família deve receber assistência durante todo o período de acompanhamento do paciente, incluindo a morte e o processo de luto. Olhar para os familiares do paciente em situação terminal deve ser considerado também como forma de humanizar o tratamento, pois através do suporte à saúde mental do núcleo, garante-se a qualidade de vida de seus membros (SALES; D'ARTIBALE, 2011).

Para que o cuidar aconteça no processo de morte e que esse momento ocorra com dignidade e qualidade de vida e como parte da condição humana e com o mínimo de sofrimento para o paciente e seus familiares.

Assim, Oliveira (2005, p. 64) acredita que:

A família merece cuidado especial desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto sobre os familiares, que veem seu mundo desabar após a descoberta de que uma doença potencialmente fatal atingiu um de seus membros. Isso faz com que, em muitas circunstâncias, suas necessidades psicológicas excedam as do paciente. Dependendo da intensidade das reações emocionais desencadeadas, a ansiedade familiar torna-se um dos aspectos de mais difícil manejo.

Contudo, dar atenção à família significa humanizar a atenção na saúde, tratando a todos como seres biopsicossociais. Vale salientar a necessidade de novas pesquisas e apoio à área visto que há uma amplitude de intervenções possíveis e relativamente fáceis. Cabe, principalmente à psicologia, contribuir para este campo rico em sofrimento, entretanto repleto de possibilidades de alívio e suporte. (NUNES; RODRIGUÊS, 2012).

Através dos artigos selecionados e analisados observa-se que, quando da presença de uma doença que se encontra em fase terminal o paciente e sua família enfrentam diferentes sentimentos e desafios. Este processo terminal produz angústias e incertezas mediante a possibilidade de morte desestruturando todo o núcleo familiar. As reações emocionais à doença são semelhantes entre família, cuidador e paciente e estas, se não atendidas podem dificultar ainda mais este processo. Uma vez que os familiares possuem necessidades específicas devido às frequências elevadas de estresse, distúrbios de humor e ansiedade. (COSTA; LIMA, 2005).

De acordo com Nunes e Rodrigues (2012) relatam a existência de sentimentos ambíguos por parte da família, pois, estes sabem da gravidade e da remota possibilidade de cura, entretanto, nutrem a expectativa de permanência da vida.

Cabe, então, à equipe de cuidados se ater não apenas centrada no paciente, mas também em sua família tratando-a como uma unidade de cuidados as quais poderão, se apoiadas, suportar o doente auxiliando em seus cuidados. Pois, tratando-se de pacientes terminais, os familiares procuram uma relação de confiança e zelo com o profissional de saúde, tanto através de procedimentos técnicos quanto por meio de uma atenção diferenciada. (KÜBLER-ROSS, 1992).

O enfermeiro, assim como toda a equipe de cuidados paliativos, tem uma sensibilidade e conhecimentos especiais, necessários para lidar com estas situações. Ele precisa amar a sua profissão e amar ao próximo, “de gostar de gente” e sua recompensa vem quando, diante das experiências com estas pessoas, evolui espiritualmente como ser humano, valorizando a vida e lutando por ela. (UNIC, 2009).

Assim pode dizer que a proximidade da equipe de enfermagem com o doente, permite a formação de vínculos que lhe confere poderes através dos quais pode conduzir o cliente ao exercício de sua autonomia. Com isso, a autonomia dá ao paciente a capacidade de tomar suas próprias decisões, assumindo uma posição de sujeito que, junto com o médico e enfermeiro, opina sobre seu tratamento. (BOEMER, 1997).

Atender as necessidades psicoemocionais, principalmente as relacionadas com a terminalidade, exige que o enfermeiro reflita sobre sua vida, o significado de sua morte e a do próximo, o que é algo difícil de fazer, quando o tema é pouco discutido, mas que é necessário para se prestar uma assistência que permita ao paciente uma morte digna (RODRIGUES; ZAGO; CALIRI, 2005).

Para proporcionar ao paciente uma assistência de qualidade, integral e humanizada, o enfermeiro deve possuir certas habilidades de comunicação: escutar bem, não mentir nunca,

evitar uma conspiração de silêncio, evitar a falsa alegria, não descartar uma possível esperança, aliviar a dor. Neste contexto, o enfermeiro representa nada menos que o suporte utilizado pelo paciente, através do qual ele pode se expressar e realizar alguns de seus anseios. No entanto, percebemos que há falta de habilidade e conhecimento por parte do enfermeiro no que se refere à comunicação com o paciente terminal (SILVA, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perceber o quão importante é a relação entre a equipe de enfermagem, o paciente e seus familiares, pois é responsabilidade do enfermeiro cuidar dos pacientes terminais. Essa ação exige muito mais do que conhecimentos técnico-científicos, requer a compreensão a fundo de sua individualidade, a partir de um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana contribuindo, conseqüentemente, com o processo de humanização dos cuidados paliativos.

No entanto, percebe-se que os profissionais que atuam junto aos pacientes em cuidados paliativos, a morte, além de ser uma preocupação pessoal, faz parte do seu cotidiano, pois eles são submetidos diariamente a situações de tensão diante de pacientes graves/terminais, os quais, às vezes, morrem em suas mãos. Muitos deles se sentem impotente e frustrado perante a imprevisibilidade da trajetória da morte.

É como se nesses momentos estivessem diante da fragilidade de sua existência, recordando-se de sua própria finitude e da possibilidade de viver a mesma situação de seus pacientes e de suas famílias.

Todavia é fundamental que o enfermeiro e os demais profissionais de saúde devem conhecer e compreender os estágios pelos quais passam os pacientes em fase graves e seus familiares para desenvolver suas ações de forma integral, particularizada, humanizada e compartilhada. Para que isso ocorra com qualidade e resolutividade, deve-se ter uma postura de compromisso com a ética, com o respeito à individualidade humana, com o saber ouvir e calar quando necessário.

Portanto, é importante ter percepção e compreensão dos momentos difíceis vividos e manifestos pela comunicação verbal e não verbal, procurando atuar em equipe, atendendo o paciente e seus familiares com discrição e competência, fazendo-os reconhecer nas ações de enfermagem o suporte e apoio de que necessitam nessas horas difíceis. Enfim, fazer a diferença no cuidar do indivíduo e sua família.

No Brasil, o termo “enfermagem paliativa” não é reconhecido e parece sofrer os mesmos questionamentos conceituais que os termos “cuidados paliativos” e “paciente terminal”. Em contrapartida, nos EUA, a Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA), instituição que tem como missão proporcionar o gerenciamento da dor e excelência nos cuidados de enfermagem perto da extremidade final da vida, decorrente de uma doença crônica degenerativa, completou 20 anos (1986-2006). O enfermeiro é um excelente avaliador dos sintomas e suas intensidades (não só a dor), está mais atento aos sintomas de natureza não apenas física, pode ajudar muito a prevenir complicações indesejáveis, ele tem a arte do manejo das feridas e de saber como lidar com as limitações que vão surgindo a cada dia.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA M. J. P. Comunicando-se com um paciente terminal. Rev. Soc. Bras. Câncer. 2003.
- ASSOCIAÇÃO Nacional de Cuidados Paliativos. Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos. 2006. Disponível em: www.ancp.pt. Acesso em 21 mar. 2023.
- BELLATO, Rosenev. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. Acta Paul. enferm. São Paulo, v. 20, n. 3, 2007.
- BERNARDES, A. P. F.; GASDA, V. L. P.; PEZENTI, D; PINHEIROS, S. R. A ética da enfermagem frente à assistência aos pacientes terminais. 2016. Disponível em: <http://abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.007.pdf>. Acesso em 20 mar 2023.
- BOEMER. M. R. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. Rev Latino Am Enfermagem. 1997.
- BROMBERG, M. H. P. F. A psicoterapia em situação de perdas e luto. Campinas (SP): Livro Pleno; 2000.
- COSTA, Jaqueline Camilo, *et al.* O Enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêutica oncológicas: uma revisão bibliográfica. In Vita et Sanitas, Goiás, v.2, n.2, 2008.
- COSTA, J. C; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Rev Latino-am Enfermagem, março-abril. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/v13n2a04.pdf>. Acesso em 18 mar. 2023.
- COSTENARO, R. G. S; LACERDA, M. R. Quem cuida de quem cuida, quem cuida do cuidador. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano; 2002.
- GUTIRREZ, P., L. O que é o Paciente Terminal? Revista da Associação Médica Brasileira. v. 47, n. 2. Ano 01. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302001000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 19 mar. 2023.
- HOSPICE And Palliative Nurses Association. Celebrating 20 years promoting excellence in End-of-Life Nursing 1986-2006. Disponível em: www.hpna.org. Acesso em 27 mar 2023.
- JUVER J, RIBA J. P. Equipe multidisciplinar em cuidados paliativos. Rev Pratica Hospitalar, 2009.
- KOVÁSC, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: Cuidando, do cuidador profissional. O mundo da saúde, São Paulo: 2010.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
- MACHADO, W. C. A; LEITE, J.L. Eros e Thanatos: a morte sob a óptica da enfermagem. São Caetano do Sul (SP): Yends; 2006.
- MATSUMOTO, Dalva Yukie. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.

MEDEIROS, Y. K. F. de; BONFADA, D. Refletindo sobre finitude: um enfoque na assistência de enfermagem frente à terminalidade. *Rev. Rene*. 2012.

MELO, A. G. C. Os cuidados paliativos no Brasil. *Rev. Bra. De Cuidados Paliativos*. São Paulo, ano 1 nº1 vol. 1, 2008.

MENDES, J. A. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev. SBPHU* v. 12 n. 1 Rio de Janeiro jun. 2009.

MENEZES, M. B. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, julho-agosto, 2009.

MEZZOMO, A.A. Fundamentos da humanização hospitalar. São Paulo: Unifesp 2003.

NUNES, M. G. S.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tratamento paliativo: perspectiva da família. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, UERJ, v. 20, n. 3, p. 338-343, 2012.

OLIVEIRA, E. A. Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. *Medicina (Ribeirão Preto)*, SP, 38 (1): 63-68, 2005. Disponível em:http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n1/10_intervencao_julho_familia_paciente_alto_risco.pdf. Acessado em 24 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. *Who Definition of Palliative Care*. 2011.

PALU, Ligia Aparecida; LABRONICI, Liliana Maria; ALBINI, Leomar. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. In *Rev. Enfermagem*, São José dos Pinhais, v.1 n.1, 2004.

PINHO, L. M. O. P, BARBOSA, M. A. A morte e o morrer no cotidiano de docentes de enfermagem. *Rev. Escola de Enfermagem*. UERJ. 2008.

RIBEIRO, M. C, BARALDI, S, SILVA, M. J. P. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo pós-morte. *Rev. Escola de Enfermagem*. USP. 1998.

RODRIGUES I.G, ZAGO M. M. F, CALIRI M. H. Uma análise do conceito de cuidados paliativos no Brasil: artigo de revisão. *Mundo da Saúde*. São Paulo, 2005.

SALES, C. A.; D'ARTIBALE, E. F. O cuidar na terminalidade da vida: escutando os familiares, *Ciênc. cuid. Saúde*, v. 10, n. 4, 2011.

SILVA, C. A. M.; ACKER, J. I. B. V. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia, *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, p. 2, p. 150-154, 2007.

SILVA, E. P. da; SUDIGURSK, D. Concepção sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta paul. Enferm*. Vol. 21 no. 3 São Paulo, 2008.

SUSAKI, Tatiana Thaller; SILVA, Maria Júlia Paes da; POSSARI, João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. *Acta paul. enferm*. São Paulo, v.19, n.2, jun. 2006.

UNIC. Manual de cuidados paliativos em pacientes com cancer: atuação do enfermeiro. Ed. Unati, Rio de Janeiro. 2009.



Processo de enfermagem no cuidado com o paciente oncológico

Sâmia Amélia Mendes Silva

Professora do Curso de Enfermagem pela FACSUR, Pinheiro-MA. Pesquisa sobre Assistência de Enfermagem a pacientes oncológicos.

Joedna de Carla Reis

Graduanda em Enfermagem pela FACSUR. Pinheiro-MA. Pesquisa sobre Assistência de Enfermagem a pacientes oncológicos.

Kellyane de Sá Araújo

3 Graduanda em Enfermagem pela FACSUR. Pinheiro-MA. Pesquisa sobre Assistência de Enfermagem a pacientes oncológicos.

Leidivânia Rodrigues Fróes

Graduanda em Enfermagem pela FACSUR. Pinheiro-MA. Pesquisa sobre Assistência de Enfermagem a pacientes oncológicos.

Letícia Silva

Graduanda em Enfermagem pela FACSUR. Pinheiro-MA. Pesquisa sobre Assistência de Enfermagem a pacientes oncológicos.

Rute Dias Pereira

Graduanda em Enfermagem pela FACSUR. Pinheiro-MA. Pesquisa sobre Assistência de Enfermagem a pacientes oncológicos.

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.10

RESUMO

Este estudo aborda os cuidados de enfermagem aos pacientes oncológicos, tendo como objetivo apresentar e importância da assistência da equipe de enfermagem aos pacientes oncológicos durante todas as fases do tratamento, bem como identificar os cuidados adequados que estes profissionais prestam às pessoas necessitadas. Metodologia: Estudo de revisão de literatura, descritiva, com abordagem qualitativa. Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na internet, em língua portuguesa, publicados entre 2011 e 2021. Resultados: Obteve-se uma amostra final de 10 artigos, distribuídos nas bases de dados selecionadas. Dos estudos incluídos nesta revisão foi possível identificar o maior número de publicações no ano de 2020 (n=3; 30%). (Quadro 1). Na língua portuguesa destacou-se 100% dos artigos selecionados, (n=10; 50%). Quanto ao desenho metodológico dos estudos (n=4; 40%) dos artigos foram de abordagem qualitativa. As bases de dados com maior número de artigos selecionados foi Scielo (n=3; 30%). A maior incidência de publicação deu-se em geral nas revistas de Enfermagem (Revista Atual, Contemporânea, Gaúcha, Mineira) (n=4; 40%). Considerações finais: Este estudo tratou sobre a assistência de enfermagem aos pacientes oncológico, considerando que 80% das publicações selecionadas mencionam o registro de enfermagem como instrumento de relevância para a assistência. Os resultados apontam para a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde, para melhor assistência ao paciente oncológico, tendo um maior quantitativo e a maior qualificação desses profissionais, já que é um cuidado específico ao agravo do cliente.

Palavras-chave: enfermeiro. câncer. assistência de enfermagem e oncologia.

INTRODUÇÃO

A oncologia é um campo da ciência médica que cuida de tumores e câncer. O termo oncologia vem do grego 'onkos' (oncos) refere-se a massa, volume, tumor e da expressão 'logia', significa estudo, conseqüentemente trata do estudo dos tumores (ONCOGUIA, 2017).

Segundo o (INCA, 2021), o Brasil teve 626.030 novos casos de câncer em 2020, sendo 309.750 do sexo masculino e 316.280 do sexo feminino. O câncer de próstata (29,2%), de colo e reto (9,1%) de Traqueia, Brônquio e Pulmão (7,9%) são os tipos de câncer que teve prevalência entre os homens. Já entre as mulheres, a maior incidência foi o câncer de mama (29,7%), de colo e reto (9,2%), colo de útero (7,5%).

Por ano tem-se o registro no mundo de mais de 20 milhões de novos casos da doença e a mortalidade chega a atingir cerca de 10 milhões dos casos, a mortalidade nos países em desenvolvimento como é o caso do Brasil, é consideravelmente alta.

Ainda conforme os dados do (INCA, 2021), o Brasil registrou 232.030 mortes por câncer em 2019, sendo 121.686 mortes do sexo masculino, destacando o câncer de Traqueia, Brônquio e Pulmão (13,8%) e próstata (13,1%), seguido de colo e reto (8,4%), e 110.344 do sexo feminino, destacando o câncer de mama (16,4%), de Traqueia, Brônquio e Pulmão (11,4%) seguido de colo e reto (9,4%).

O Maranhão registrou em 2020 novos casos do sexo masculino, sendo 1850 de câncer de próstata, 270 casos traqueias, brônquios e pulmão e 210 de colo e reto e do sexo feminino 890 de colo de útero, 840 de câncer de mama e 200 traqueia, brônquios e pulmão, verificando-se

a maior incidência de câncer de próstata nos homens e nas mulheres o de colo uterino seguido de mama (INCA, 2020)

Os dados apontam indícios entre o crescimento e envelhecimento da população e ao desenvolvimento socioeconômico que podem contribuir para a prevalência dos seguintes tipos de cânceres: mama, próstata, cólon e reto, pulmão e tireoide, correspondendo a cerca de 50% das ocorrências na população como um todo, sendo que os cinco primeiros se destacam com maior incidência no Brasil (INCA, 2021).

Além da prevalência dos fatores relacionados as causas externas (presente no meio ambiente) com incidência entre 80% e 90% dos casos de câncer e aos fatores relacionados há as causas internas como: predisposição hereditária, histórico familiar e étnicos.

No Brasil o risco que a pessoa tem para desenvolver algum tipo de câncer durante a vida, corresponde a 47,7% nos homens e 35,5% nas mulheres, já o risco de morrer por algum tipo de câncer representa 30,7% nos homens e 19,7% nas mulheres (INCA, 2021).

Tendo em vista o aumento dos casos de câncer no Brasil, os profissionais de enfermagem precisam estar preparados e capacitados para prestar um atendimento humanizado aos pacientes oncológicos, tendo como objetivo apresentar e importância da assistência da equipe de enfermagem aos pacientes oncológicos durante todas as fases do tratamento, bem como identificar os cuidados adequados que estes profissionais prestam as pessoas necessitadas.

O papel da enfermagem na assistência ao paciente com câncer, deve estar relacionado no cuidados de todas as fases do tratamento da doença, permitindo que o paciente tenha acesso às informações de sua doença, o tratamento e prognóstico, dando suporte emocional ao paciente e seus familiares, principalmente nos momentos de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais, abrangendo as especialidades e as unidades de saúde que prestam cuidados oncológicos (ANACLETO; CECCHETTO; RIEGEL, 2020).

Para isso o enfermeiro precisa reconhecer e interceder adequadamente nos casos em que o paciente apresenta o câncer. A rede básica de saúde representa a porta de entrada das pessoas que procuram os vários níveis de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo os que estão necessitando do tratamento oncológico. Dessa maneira, os enfermeiros envolvidos no atendimento de pacientes oncológicos precisam ter conhecimentos básicos de enfermagem oncológica para que possa dar suporte adequado a estes. Assim a equipe multidisciplinar deve ter que enfrentar os desafios e atender as necessidades identificadas no decorrer do tratamento destes pacientes. (CRUZ; ROSSATO, 2015).

METODOLOGIA

Estudo de revisão de literatura, descritiva, com abordagem quantitativa, sendo um método de pesquisa que realiza a busca, a avaliação crítica e a síntese de estudos publicados sobre um determinado tema de forma sistemática, através de artigos sobre Câncer e humanização da assistência de enfermagem. Os critérios de inclusão foram 10 artigos disponíveis na internet, em língua portuguesa, publicados entre 2011 e 2021.

Para isto foi realizado um levantamento bibliográfico baseado em dados coletados onli-

ne, Caderno de Graduação, Scielo Brasil, Instituto Nacional do Câncer, Jornals Bahiana, Revista de Cancerologia, Revista Ciência Biológicas e de Saúde, Revista de Enfermagem Atual, Revista de Enfermagem Contemporânea, Revista Gaúcha de Enfermagem; Revista Mineira de Enfermagem e Red. Ibero-americana.

Os dados coletados foram tabulados em tabela de Word, para melhor visualização dos resultados, levando em consideração o título do artigo, os autores e ano de publicação do artigo, plataforma científica, periódico e método, mostrado no Quadro 1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos artigos selecionados, dez artigos foram analisados (quadro 1), três foram publicados na Scielo Brasil, um do Instituto Nacional do Câncer, um na Revista Ciência Biológicas e de Saúde, um na Revista de Enfermagem atual, um na Revista de Enfermagem contemporânea, um na Revista Gaúcha de Enfermagem; um Revista Mineira de Enfermagem e um na Red Iberoamericana.

A fim de melhor entender o tema. Primeiramente, abordou-se sobre a introdução, o histórico da doença do câncer, as estimativas, a assistência da equipe de enfermagem com os pacientes oncológicos. Depois destacou-se Assistência de Enfermagem no cuidado com o paciente oncológico, a metodologia, os resultados e a conclusão.

Já os temas foram selecionados por amostragem (tabela 1) destacou a Assistência de Enfermagem a Pacientes oncológicos, Câncer e Experiências de família com câncer, mostrando que os significados atribuídos ao câncer, agem diretamente na maneira de como as pessoas, as famílias e os profissionais de saúde se comportam no cotidiano diante da doença.

Quadro 1 – Caracterização geral dos estudos selecionados

| Autores e Ano | Título | Plataforma científica | Periódico | Método |
|------------------------------------|--|------------------------------|--|---|
| SOUSA; TOLEDO; BEZERRA (2020) | Enfermagem na assistência em cuidados paliativos oncológicos: uma revisão integrativa | Id on Line | Revista Multidisciplinar e de Psicologia | método de revisão integrativa de literatura |
| ANACLETO; CECCHETTO; RIEGEL (2020) | Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico | Jornals Bahiana | Revista de Enfermagem Contemporânea | Revisão Integrativa |
| BRANDÃO; GÓIS, (2020) | Assistência de enfermagem para pacientes oncológicos em cuidados paliativos: importância da interação familiar no tratamento | Cadernos de Graduação | Ciências Biológicas e de saúde | revisão integrativa de caráter exploratório e descritiva |
| SILVA, et al. (2020) | Assistência de enfermagem a pacientes com câncer em cuidados paliativos: Revisão integrativa | Digital Libraries | Revista de Enfermagem atual | Revisão integrativa da literatura |
| INCA 2019 | Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil | MINISTÉRIO DA SAÚDE | Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer | estudo de natureza descritiva, quantitativa |
| CRUZ; ROSSATO (2015). | Cuidados com o Paciente Oncológico em Tratamento Quimioterápico: o Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família | INCA | Revista Brasileira de Cancerologia | estudo transversal, prospectivo, de natureza quantitativa |

| | | | | |
|------------------------------|---|----------------|-------------------------------|---|
| KARKOW, et al. (2015) | Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes | CDN PubliScher | Revista Mineira de Enfermagem | estudo de campo de abordagem qualitativa e descritiva |
| ANDRADE; COSTA; LOPES (2013) | Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal | Scielo Brasil | Ciência & Saúde Coletiva | pesquisa exploratória, de natureza qualitativa |
| NASCIMENTO, et al. (2012) | Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura | Scielo Brasil | Revista Gaúcha de Enfermagem | revisão integrativa da literatura |
| SILVA; CRUZ (2011) | Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais | Scielo Brasil | Escola Anna Nery | Artigo de reflexão sobre no planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, |

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Obteve-se uma amostra final de 10 artigos, distribuídos nas bases de dados selecionadas, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Dos estudos incluídos nesta revisão foi possível identificar o maior número de publicações no ano de 2020 (n=3; 30%). (Quadro 1). Na língua portuguesa destacou-se 100% dos artigos selecionados, fato que pode ser justificado pela escolha dos artigos em periódicos nacionais. Sobre o nível de evidência, observou-se que a maioria dos estudos analisados (n=5; 50%) apresentou revisão bibliográfica. Quanto ao desenho metodológico dos estudos (n=4; 40%) artigos foram de abordagem qualitativa. As bases de dados com maior número de artigos selecionados foi Scielo (n=3; 30%). A maior incidência de publicação deu-se em geral nas revistas de Enfermagem (Revista Atual, Contemporânea, Gaúcha, Mineira) (n=4; 40%).

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto aos temas dos artigos utilizados

| TEMAS DOS ARTIGOS | N | % |
|---|----|-----|
| Assistência de Enfermagem a Pacientes oncológicos | 08 | 80 |
| Câncer | 01 | 10 |
| Experiências de família com câncer | 01 | 10 |
| TOTAL | 10 | 100 |

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Nesta revisão bibliográfica, foram analisados 10 documentos científicos conforme os critérios previamente estabelecidos. No levantamento realizado, 08 (80%) desses documentos selecionados tratam sobre a assistência de Enfermagem aos pacientes oncológicos, 01 (10%) destaca sobre a doença do Câncer e 01 (10%) sobre a experiência das famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes.

Assistência de enfermagem no cuidado com o paciente oncológico

A repercussão que uma doença causa no indivíduo, trazendo uma experiência que extrapola o corpo físico, principalmente quando essa doença é o câncer, visto que esta traz uma sequência de implicações que mexe tanto na saúde do paciente, como nas relações afetivas, emocionais e sociais (SILVA; CRUZ, 2011).

O entendimento destas questões pode orientar o profissional de enfermagem a olhar para além do indivíduo doente, visto que doença não curável, com sintomas contínuos ou perió-

dicos, impacta e interfere na vida dos pacientes e de seus familiares, onde a doença traz em si um significado individual, que é pessoal, mas também tem um significado coletivo, que é social (SILVA; CRUZ, 2011).

O câncer exprime mais que uma dor física e um desconforto, visto que essa doença mexe tanto na vida do paciente, como na de sua família, no seu trabalho e na renda, interferindo na mobilidade do paciente, na imagem corporal, e no estilo de vida, sendo que essas transformações, atingem a todos, inclusive aos profissionais de saúde, pois cada pessoa tem maneiras únicas de olhar o mundo, e, também como lidar com a doença (SILVA; CRUZ, 2011).

Este afeta os sentimentos da família, visto que constituem um risco à vida e ao bem-estar pessoal, familiar e social, devido as implicações físicas, sociais e emocionais que provocam, chegando em alguns casos a família hesitar em dizer ao paciente o seu diagnóstico, devido está doença ainda ter um estigma de sentença de morte, dificultando assim a comunicação entre o paciente e a equipe de saúde, embora hoje tenhamos grandes avanços tecnológicos no seu diagnóstico e tratamento parecem não ser ainda suficientes no sentido de transformar o significado e a imagem que socialmente absorvem a ideia do câncer (KARKOW, 2015).

Nesse aspecto, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental na ocasião da revelação do diagnóstico de câncer, procurando estabelecer uma relação terapêutica, mantendo um cuidado individualizado com uma boa comunicação entre o paciente e seus familiares (KARKOW, 2015).

Atualmente, encontram-se inúmeras pesquisas sobre o impacto na vida das famílias que são atingidas pelo câncer por um de seus membros, acentuando que as famílias também precisam de apoio emocionais (KARKOW, 2015)

A Equipe de Enfermagem necessita obedecer às normas legais exigidas à sua categoria, obedecendo os valores éticos e seus princípios fundamentais, embora as novas tecnologias contribuam na ação de melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, deve-se observar os efeitos destes para os indivíduos e para a sociedade (SILVA; CRUZ, 2011).

Diante dessa situação, é fundamental que a equipe de enfermagem compreenda como o paciente com câncer mobiliza toda a família, fazendo com que a enfermeira, procure direcionar e planejar a assistência, de uma maneira mais ampla, porém individualizada, de qualidade, e que contribua para um melhor enfrentamento da doença (SILVA; CRUZ, 2011).

A enfermeira e os demais profissionais de enfermagem, ao planejarem e programarem a assistência, podem contribuir com o paciente para ampliar sua capacidade para enfrentar o processo saúde-doença, diante do potencial que cada pessoa possui de se reorganizar e enfrentar situações de risco, através de um planejamento com base no levantamento de problemas e prescrição de cuidados fundamentados nas necessidades e possibilidades do outro, respeitando sua autonomia, suas crenças e valores, de modo a tornar a complexidade dos procedimentos o mais próximo possível de sua compreensão e participação no próprio cuidado (SILVA;CRUZ,2011).

O papel da Enfermagem é oferecer amparo ao paciente em todas as etapas do tratamento, desde o diagnóstico da doença, a quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, destacando os cuidados e complicações, detectando precocemente os efeitos colaterais e aderindo modos para controle dos próprios. Também oferecendo melhores condições ao paciente em tratamento

paliativo, dando segurança, conforto, cuidados básicos e fisiopatológicos, bem como atendendo as suas vontades (SILVA, 2020).

A enfermagem transmite no cuidado a capacidade de interagir com paciente colocando-se disponível ao diálogo e escuta, dessa forma minimizando a sensação de medo e aflição manifestada pelo seu surgimento essa atitude poderá facilitar o processo de aceitação do Câncer pelo paciente e sua reabilitação bem como o tratamento da doença.

Os cuidados ao paciente oncológico vão além de sua patologia, é preciso saber lidar com os sentimentos do paciente, deve estar pronta para dar apoio ao paciente e familiares durante uma diversidade de crises física emocionais, sociais, culturais e espirituais. Então os cuidados da enfermagem devem ultrapassar as técnicas, a humanização deve estar acima de seus conhecimentos científicos e além de tudo paciente necessita além de seu tratamento o apoio emocional e psicológico (NASCIMENTO, 2012).

A alteração no perfil de saúde da população mundial, destacando a prevalência das doenças crônicas e suas complicações, em especial o Câncer, resultando no aumento pela busca dos serviços públicos de saúde, conseqüentemente onerando os recursos públicos, levando a grandes desafios para suprir as demandas das políticas Nacionais de saúde (SOUZA; TOLEDO; BEZERRA, 2020)

A partir dessa situação, faz-se necessário tomar uma atitude sobre uma prática assistencial baseada no bem-estar biopsicossocial e espiritual do paciente oncológico em tratamento paliativo, com a intenção de possibilitar uma melhor qualidade de vida e diminuir o sofrimento do paciente em estado terminal. Dessa forma, e recomendado os cuidados paliativos, como uma maneira de dar uma melhor assistência ao paciente, exigindo da equipe uma observação mais respeitosa e cuidadosa (SOUZA; TOLEDO; BEZERRA, 2020).

Baseada na visão holística do ser humano os cuidados de saúde ativos e integrais prestados às pessoas com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida e os cuidados paliativos têm como filosofia valorizar a vida e encarar a morte como um processo natural. Assim, não adia nem prolonga a morte, mas ampara o ser em suas angústias e medos provendo o alívio da dor e de outros sintomas, oferecendo suporte para que os pacientes possam viver o mais ativamente possível, ajudando a família e os cuidadores no processo de luto (SOUZA; TOLEDO; BEZERRA, 2020)

Os cuidados paliativos podem ser executados o mais rápido possível, relacionados a outras ações que ajude o paciente a viver mais confortavelmente possível e com a máxima qualidade de vida, através da utilização dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia. Esses cuidados paliativos e a oncologia também pode ser oferecido por diferentes categorias profissionais, como a de enfermagem, medicina, nutrição e fisioterapia e pode ser utilizado pela família, por criança, por idoso e por pacientes em estado terminal (SOUZA; TOLEDO; BEZERRA, 2020).

Diante desse contexto o enfermeiro tem um lugar especial diante dos pacientes no dia a dia do seu trabalho clínico, visto que este tem a função de atender os pacientes, avaliá-los, realiza procedimentos, encaminhar aqueles que apresentam problemas de assistência pela equipe interdisciplinar (CRUZ; ROSSATO, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tratou sobre a assistência de enfermagem aos pacientes oncológico, considerando que 80% das publicações selecionadas mencionam o registro de enfermagem como instrumento de relevância para a assistência

No processo do cuidar, observa-se que integrar a família no tratamento ao paciente oncológico ou paliativo torna-se uma maneira de promover uma melhor qualidade e conforto ao paciente e seus familiares. Por essa maneira, verifica-se a importância do enfermeiro durante o tratamento ao oncológico, com o objetivo de levar em conta as necessidades do oncológico terminal e dos seus cuidadores

Por meio das produções científicas encontradas neste estudo, evidenciou-se que 80% dos artigos citados foram sobre a assistência de Enfermagem a pacientes oncológicos e 50% destacaram a metodologia sobre a revisão bibliográfica. As bases de dados com maior número de artigos selecionados foi Scielo (n=3; 30%) e a maior incidência de publicação foi em geral nas revistas de Enfermagem (Revista Atual, Contemporânea, Gaúcha, Mineira) (n=4; 40%).

Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde, para melhor assistência ao paciente oncológico, tendo um maior quantitativo e a maior qualificação desses profissionais, já que é um cuidado específico ao agravo do cliente. Porém, a qualidade do cuidado prestado ao cliente oncológico não deve se limitar apenas ao nível terciário, com tecnologias de alta complexidade. O processo de saúde deve cumprir o seu papel em todos os níveis dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ANACLETO, Graziela; CECCHETTO, Fátima Helena; RIEGEL, Fernando. Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. Rev Enferm Contemp. 2020;9(2):246-254. < <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2737>> acesso em: 28 setembro 2021

ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/tqWXjVYtSTqDbm7BXGhc7cn/?lang=pt>> acesso em: 29 setembro 2021

BRANDÃO, Mateus Lima de Almeida; GÓIS, Rebecca Maria de Oliveira. Assistência de enfermagem para pacientes oncológicos em cuidados paliativos: importância da interação familiar no tratamento. Disponível em: < <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/8180>> acesso em: 29 setembro 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p. il. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf> acesso 28 setembro 2021.

CRUZ, Fernanda Strapazzon da; ROSSAT, Luciana Grazziotin. Cuidados com o Paciente Oncológico

em Tratamento Quimioterápico: o Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Disponível em: < https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_61/v04/pdf/04-artigo-cuidados-com-o-paciente-oncologico-em-tratamento-quimioterapico-o-conhecimento-dos-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia.pdf> acesso em: 28 setembro 2021

Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br>> acesso em: 28 setembro 2021

INSTITUTO Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>> acesso em: 28 setembro 2021

KARKOW, Michele Carvalho. Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. Disponível em: < <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1036>> acesso em: 28 setembro 2021

O câncer. Equipe Oncoguia. Disponível em: < <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-cancer/12/1/>> acesso em: 28 setembro 2021.

O que é oncologia? Equipe Oncoguia, Disponível em: < <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-que-e-oncologia/82/1/>> acesso em: 28 setembro 2021

NASCIMENTO, Luzia Kelly Alves da Silva, *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/vvJfFmN5d7LsNGnb4SB9cCq/?lang=pt>> acesso em: 28 setembro 2021

SILVA, Francisca Cecília Ferreira, *et al.*, Assistência de enfermagem a pacientes com câncer em cuidados paliativos: Revisão integrativa. Disponível em: < <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/626>> acesso em: 28 setembro 2021

SILVA, Rita de Cássia Velozo da; CRUZ, Enêde Andrade da. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ean/a/VDQkFLJcKpQdKsCLz9PP7TP/?format=html&lang=pt>> acesso em: 28 setembro 2021

SOUSA, Milena Nunes Alves de TOLEDO, Miguel Aguila, BEZERRA, André Luiz Dantas. Enfermagem na assistência em cuidados paliativos oncológicos: uma revisão integrativa. Disponível em: < <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2789>> acesso em 30 setembro 2021.



Mitos e crenças populares no cuidado com recém-nascido

Alex Feitosa Nepomuceno

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão;

Darci Rosane Costa Freitas Alves

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão;

Nadson Ferreira Barroso

Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário Estácio – São Luis-MA;

Mariana de Souza de Oliveira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão;

Taylane Sá Sipaúba

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão;

Keila Fernandes Pontes Queiroz

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão;

Mayara Milka Pereira Castro

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão;

Moacir Oliveira Gomes Neto

Graduado em Enfermagem pela Faculdade do Maranhão-FACAM;

Otoniel Damasceno Sousa

Graduado em Enfermagem pela Universidade CEUMA;

Erica Ravenna Araujo Alves

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.11

RESUMO

Introdução: O cuidado com a saúde do recém-nascido tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde. Na fase puerperal, a influência da família é bastante excessiva nas decisões de cuidado ao RN, posto que as puérperas se encontram fragilizadas, vulneráveis à ansiedade, depressão e dúvidas, principalmente no caso das primíparas, o que acaba por desencadear manifestações de ajuda, por parte dos familiares, que acabam por repassar e praticar seus saberes populares no cuidado com o recém-nascido. **Objetivo:** Avaliar as crenças, práticas e tabus tradicionais e discutir a forma como estes podem afetar a saúde do recém-nascido em um município do interior do Maranhão. **Metodologia:** Foi realizado um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na Maternidade Humberto Coutinho, e na Unidade Básica de Saúde Dr. Osano Brandão, da cidade de Colinas-MA. O público-alvo do estudo foram as Puérperas com idades entre 18 a 40 anos que aceitaram participar e que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter realizado o Pré-Natal, ter idade igual ou superior a 18 anos, ter tido recém-nascido vivo duas a quatro semanas pós-parto. Foi realizada uma entrevista semiestruturada na qual será utilizada questões abertas aplicada de forma individualizada. A coleta de dados ocorreu no período entre novembro e dezembro de 2019. As entrevistas foram realizadas durante as consultas de puerpério, algumas após a realização do teste do pezinho, e outras ocorreram através de agendamento na casa da participante e sempre acompanhado de uma outra pessoa. Todas foram gravadas na íntegra, com a autorização das participantes, a fim de facilitar a análise. **Resultados:** Participaram desta pesquisa 12 mulheres no período de puerpério. Em relação à faixa etária 83,3% com predominância entre 18 e 27 anos, 50% relataram serem casadas, 58,3% apresentam nível de escolaridade com ensino médio completo. Quanto à profissão/ocupação, 41,6% relataram ser “donas de casa”. 100% da amostra declarou possuir renda de até 01 salário mínimo. No que tange à religião 91,7% declararam serem católicas. Quando questionadas sobre com quem residem, 25% residem com o marido e filhos; e outros 25% moram com os pais. A maioria das puérperas 10 (83,4%) tiveram parto vaginal e 06 (50%) realizaram pelo menos 6 consultas de pré-natal. **Considerações finais:** observou-se que o uso dos saberes populares entre as mães no cuidado ao recém-nascido ocorreu, frequentemente orientadas por familiares e amigos, contrariando na maioria das vezes as orientações dos profissionais de saúde. É de extrema importância que o profissional de saúde assuma posturas favoráveis ao uso prático desses saberes populares, não incentivando o uso por completo, mas associando o conhecimento do senso comum ao conhecimento científico, para que seja feito um uso mais racional e consciente, não expondo os usuários a riscos desnecessários.

Palavras-chave: recém-nascido. cultura. puerpério.

ABSTRACT

Introduction: The health care of the newborn is of fundamental importance for reducing infant mortality, promoting a better quality of life and reducing health inequalities. In the puerperal phase, the family's influence is quite excessive in the care decisions for the NB, since the puerperal women are fragile, vulnerable to anxiety, depression and doubts, especially in the case of primiparous women, which ends up triggering expressions of help, for example. part of family members, who end up passing on and practicing their popular knowledge in caring for the newborn. **Objective:** To evaluate traditional beliefs, practices and taboos and discuss how they can affect newborn health in a city in the interior of Maranhão. **Methodology:** An exploratory, descriptive study with a qualitative approach was carried out. The research was carried out at Maternidade Humberto Coutinho,

and at the Basic Health Unit Dr. Osano Brandão, in the city of Colinas-Ma. The target audience of the study was the Puérperas aged between 18 and 40 years old who agreed to participate and who met the following inclusion criteria: having attended prenatal care, being 18 years old or older, having had a newborn baby twice to four weeks postpartum. A semi-structured interview was conducted in which open-ended questions applied individually. Data collection took place in the period between November and December 2019. The interviews were conducted during puerperium consultations, some after carrying out the heel prick test, and others occurred through scheduling at the participant's home and always accompanied by another person. All were recorded in full, with the authorization of the participants, in order to facilitate the analysis. RESULTS: 12 women participated in this research in the puerperium period. Regarding the 83.3% age group, predominantly between 18 and 27 years old, 50% reported being married, 58.3% had a high school education level. As for the profession/ occupation, 41.6% reported being "housewives". 100% of the sample declared to have an income of up to 01 minimum wage. Regarding religion, 91.7% declared themselves to be Catholic. When asked about who they live with, 25% live with their husband and children; and another 25% live with their parents. Most of the mothers 10 (83.4%) had vaginal delivery and 06 (50%) had at least 6 prenatal consultations. Final considerations: it was observed that the use of popular knowledge among mothers in the care of the newborn occurred, often guided by family and friends, contrary to the guidance of health professionals. It is extremely important that the health professional takes positions favorable to the practical use of this popular knowledge, not fully encouraging the use, but associating common sense knowledge to scientific knowledge, so that a more rational and conscious use is made, without exposing users to unnecessary risks.

Keywords: newborn. culture. puerperium.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que desde o princípio o homem vem utilizando componentes da natureza para ajudá-lo na prevenção e cura de doenças. A exemplo disso, percebe-se que parte da população faz uso de plantas para tratamentos de saúde, sem que haja uma comprovação científica. Isso ocorre devido ao fato de que a tradição e a cultura passadas de geração a geração sempre tiveram uma força intensa ao longo dos tempos, o misticismo e os presságios conduziam e dominavam a crença da população (BIANCHINI; KERBER, 2010).

Desse modo, a cultura é entendida como um dos elementos fundamentais para alcançar o cuidado, de forma a promover a saúde e a qualidade de vida. Assim, o cuidado, quando realizado na perspectiva cultural, valoriza os sentidos e significados do ser cuidado e desenlaça sentidos mútuos entre o ser cuidado e o cuidador. Isso promove a aproximação do saber profissional e do popular, caracterizando a cultura como um elemento para o cuidado e como uma possibilidade para a compreensão do ser humano, na realização da sua forma de cuidar (BUDÓ *et al.*, 2016).

A atenção no cuidado a saúde do recém-nascido (RN) tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde. O período neonatal caracteriza-se como momento de grande vulnerabilidade na vida, no qual concentram-se diversos tipos de riscos, sendo necessário oferecer

cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde (BRASIL, 2012).

Assim, na fase puerperal, a influência da família é bastante excessiva nas decisões de cuidado ao RN, posto que as puérperas encontram-se fragilizadas, vulneráveis à ansiedade, depressão e dúvidas, principalmente no caso das primíparas, o que podem desencadear manifestações de ajuda, por parte dos familiares, que acabam por repassar e praticar seus saberes populares no cuidado com o RN (LINHARES *et al.*, 2017).

O cuidado à saúde caracteriza-se como uma prática social em que as pessoas aprendem e ensinam influenciadas por cultura e valores, que variam de acordo com os grupos sociais e os sistemas familiares, econômicos e sociais. Na gestação, a mulher vivencia diversas mudanças, sendo um período propício para reestruturações, inclusive para rever a forma como cuida de sua saúde e do RN posteriormente (SOUZA, 2015).

Nesse caminhar, ainda que muitas das práticas de cuidado com o RN adotadas pela puérpera sejam oriundas de seu contexto de vida na maioria das vezes advindas das esferas biopsicossocioculturais maternas cabe destacar, também, que as orientações repassadas pelo profissional de saúde não são ignoradas, levando às práticas de cuidado misto adotadas pela puérpera. Não obstante o esposado supra, há que se ressaltar que a rede sociocultural tende a exercer maior influência no cuidado no âmbito familiar (LINHARES *et al.*, 2017).

Portanto, torna-se de substancial relevância que os profissionais de saúde tenham conhecimento da existência de crenças populares e superstições que envolvem o cuidado ao RN, pois, somente assim, será possível planejar uma assistência adequada, sem desrespeitar a cultura do indivíduo, mas evitando que o ser cuidado seja prejudicado pela utilização de ações comprometedoras à sua saúde, visto que o mesmo encontra-se totalmente vulnerável e suscetível a adoecer devido ao fato do seu sistema imunológico ainda (estar) imaturo e o mesmo encontrar-se em fase de adaptação a vida extrauterina. (LINHARES *et al.*, 2017).

Justificativa

Os cuidados à saúde do recém-nascido começam bem antes do nascimento, através, sobretudo, da realização do denominado pré-natal, momento de suma importância à gestante e ao nascituro, consubstanciado no acompanhamento por meio de profissional de saúde habilitado – ínterim que engloba desde a confirmação da gravidez até o momento do nascimento.

Nessa esteira, há que se ressaltar que as atividades inerentes ao pré-natal podem evitar problemas específicos no recém-nascido, por meio de orientações de saúde, que constituem um dos componentes importantes na assistência.

É necessário informar que é no citado período que a mulher deverá ser preparada para o parto e pós-parto – importantes etapas de sua vida – ao mesmo tempo em que ocorrem notórias mudanças que exigem adaptações à chegada do recém-nascido, o que pode ser um período bastante conturbado.

Cumprе ressaltar que é exatamente no período gestacional e no puerpério que se constata a maior incidência de ações embasadas em mitos e crenças populares, seja no cuidado com o recém-nascido, ou no cuidado da puérpera consigo mesma, visto que é nesse momento que

a mulher recebe orientações de seus familiares e demais pessoas do núcleo familiar a respeito de como cuidar do RN, sobretudo cuidados com o coto umbilical e nas mais diversas situações.

Contudo, verdade é que tais práticas culturais não possuem comprovação científica bem como nada que assegure sua legitimidade, sucesso e benefícios a serem alcançados – podendo ser prejudiciais à saúde do recém-nascido, acarretando grandes riscos à saúde do RN.

Frente ao exposto acima, somos levados a questionar o grau de influência dessas práticas que ainda são postas pela cultura, vistas como algo bastante enraizado no imaginário popular, considerando que no que se refere ao cuidado com o RN, existem uma vasta gama de crenças e mitos que são aceitos por grande parcela da população.

Em virtude da grande relevância da temática referente ao cuidado com o recém-nascido, faz-se indispensável a necessidade de abordá-la, através da averiguação e da caracterização, na prática, dos impactos dos aspectos culturais nesse âmbito e suas consequências.

Diante disso, vê-se que a abordagem da investigação retromencionada faz-se imprescindível, uma vez que cultura e cuidado estão intimamente ligados desde o princípio, legitimando a importância que a equipe multidisciplinar de saúde, com enfoque aos enfermeiros, tenha entendimento acerca da presença de mitos e crenças no cuidado materno e do recém-nascido.

Nesse diapasão, vê-se que tal entendimento se torna necessário, a fim de que possa ser realizada uma boa assistência, sobretudo sem discriminações e com discernimento, fazendo valer suas orientações e seus cuidados em prol da preservação e promoção da saúde do RN, assim como da puérpera.

OBJETIVOS

Geral

- Conhecer as crenças, práticas e tabus tradicionais e discutir a forma como estes podem afetar a saúde do recém-nascido além do papel do profissional de saúde acerca das orientações sobre o uso destas práticas no cuidado ao recém-nascido.

REVISÃO DE LITERATURA

O puerpério e a família

Pode-se pensar que, no momento em que um casal concebe um filho, muito do que irá acontecer já é conhecido. As maneiras de cuidá-lo, amamentá-lo, levá-lo ao colo, sussurrar e embalar para a chegada do sono, tudo isso já foi vivido quando também eram crianças (transmissão psíquica familiar), observado nas condutas de maternagem e paternagem presentes nas famílias. Porém, intensas mudanças passam a acontecer em todo o sistema familiar e nos subsistemas que conhecemos como o dos pais (ou conjugalidade), dos avós, dos tios e dos irmãos (BRASIL, 2017). Então, reconhece-se que o apoio social da família é de fundamental importância para promover a saúde da mãe e de seu filho, garantindo o protagonismo frente às vivências da maternidade. As práticas no cuidado pós-parto são transmitidas a cada geração por crenças e

costumes. É principalmente no meio familiar que as mulheres buscam apoio e recursos para a prática do cuidado, aprendizado e adaptação (VIEIRA *et al.*, 2013).

Sabendo que a gestação humana prevê um período em torno de 40 semanas para sua duração, a família necessita de todo um planejamento e sua organização para a chegada da criança nesse período. O seio familiar, por sua vez, necessita sentir-se capacitado a receber seu novo integrante, visto que a redução deste tempo pode coibir que algumas das vivências necessárias para a chegada do recém-nascido se completem (BRASIL, 2017).

No entanto, as ações de cuidado da família em relação à puérpera são objetivadas quando está lhe propicia disponibilidade de tempo para seu próprio cuidado, preocupando-se com seu cuidado, favorecendo seu vínculo com o bebê e procurando não a deixar sozinha. A presença de um familiar cuidando do bebê possibilita que a puérpera se sinta mais tranquila, apoiada e confiante, favorecendo as relações familiares (RIBEIRO *et al.*, 2014).

Portanto, a compreensão sobre a abordagem da mãe, do pai e de toda a família, protagonistas da gestação, associa-se ao conhecimento dos aspectos psíquicos e sociais, de fundamental importância para um adequado acompanhamento fisiológico da gestação. Dessa forma, a assistência profissional necessita ser pautada em um cuidado integral, fundamentado no contexto sociocultural de cada puérpera, compreendendo o saber popular e contextualizando as crenças e práticas de autocuidado, uma vez que mudanças ocorrem na estrutura e costumes familiares, diariamente (ACOSTA *et al.*, 2012).

Cuidado ao recém-nascido

É sabido que os cuidados direcionados ao RN iniciam-se antes mesmo de seu nascimento, com a atenção à saúde da mulher e da gestante, o acompanhamento pré-natal iniciado em momento oportuno, com assistência qualificada e humanizada, constituída por uma rede articulada de assistência para atender às necessidades da gestante e do RN, tem o objetivo de manter a mãe saudável, ajudar a prevenir problemas como baixo peso ao nascer e infecções em recém-nascidos e ter um parto normal (BRASIL, 2012).

Nesse caminhar, tem-se que o cuidado permeia todo o processo de viver humano, adquirindo as características de cada fase e etapa do ciclo vital. Desde o nascimento necessitamos de cuidados, e no período neonatal o ser humano apresenta-se em total dependência de outros para a assistência e apoio. Antes mesmo do nascimento, o RN já necessita de cuidado especializado para avaliação de suas condições de vitalidade e do processo de saúde-doença e é, neste momento, que se iniciam também os cuidados preventivos de saúde, como: segurança, conforto, nutrição, higiene, entre outros, para que o mesmo possa crescer e se desenvolver de forma saudável (MARTINS, 2014).

Quando as condições clínicas do RN forem satisfatórias, após o nascimento, os seguintes procedimentos devem ser realizados em sequência: laqueadura do cordão umbilical, fixar o clamp à distância de 2 a 3cm do anel umbilical, envolvendo o coto com gaze embebida em álcool etílico 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%, prevenção da oftalmia gonocócica, realizar exame físico simplificado, incluindo peso, comprimento e os perímetros cefálico, torácico e abdominal e para Prevenção do sangramento por deficiência de vitamina K. Administrar 1mg de vitamina K por via intramuscular ou subcutânea ao nascimento, realização da sorologia para sífilis e HIV e

pôr fim a identificação do RN (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, percebe-se o quanto o RN é dependente de cuidados para a manutenção da vida, e seus cuidadores devem estar atentos para todos os sinais de alerta que o mesmo ser pode apresentar, uma vez que estamos tratando de uma criança que só se comunica através do choro e de expressões corporais, necessitando de um olhar mais atencioso para poder decifrar suas necessidades em geral. (MARTINS, 2014).

Mitos e crenças no cuidado com o recém-nascido

O conceito de cultura pode ser definido como valores, crenças e práticas compartilhadas, aprendidas ao longo das gerações. Representa uma série de signos a serem decifrados, em que a visão do mundo, a etnia, a história, a religião e outros fatores têm influência direta e indiretamente as práticas de uma comunidade e perduram no tempo. Já o mito é a representação de fatos e personagens reais, exagerada pela imaginação popular, pela tradição. Uma ideia falsa sem correspondente na realidade (BRONDANI *et al.*, 2018).

A crença, pode ser definida como o conhecimento proveniente do senso comum, transmitido de geração a geração de maneira empírica e que, mesmo nos dias de hoje, ainda faz parte da cultura da população (GEHELEN *et al.*, 2015).

Ao longo dos anos, o conhecimento sobre crenças populares, repassadas de geração em geração, mescla-se com os saberes científicos, por vezes somando de forma positiva, por vezes contrapondo-se antagonicamente. Assim, prejuízos para a saúde da população podem ser acarretados, contanto que haja divergências nessas duas esferas de conhecimento que possam gerar condutas potencialmente capazes de comprometer o bem-estar dos indivíduos expostos a esses cuidados (BIANCHINI; KERBER, 2010).

O cuidado ao recém-nascido, no contexto das famílias, é cercado por crenças e valores culturalmente transmitido de geração pra geração, uma vez que cada contexto social e intrafamiliar tenta manter seus valores, crenças, costumes e tradições; razão que inquieta estudiosos da área na busca de apreender o significado que esses grupos sociais constroem a respeito do processo de cuidar seus entes parentais (MARTINS, 2014).

Em uma perspectiva atual, cuidar envolve um olhar integral ao ser humano e abrangendo o contexto cultural no qual se insere, uma vez que cada pessoa possui valores, crenças, saberes e práticas de cuidados singulares que deverão ser respeitados, sobretudo. Dessa forma, o cuidado deve englobar a saúde das pessoas como um todo, por meio de um olhar holístico e um cuidado humanizado (BUDÓ *et al.*, 2016).

Entende-se que o cuidar do RN é algo complexo, é trilhar caminhos diversos e peculiares, é interagir com saberes populares, científicos, valores culturais, mitos, crenças, competências, conhecimentos, entre outros. É ainda, entrar num mundo das diversidades em meio da diversidade cultural (MARTINS, 2014).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. O estudo ex-

ploratório permite-se por meio de levantamentos, entrevistas e análises de dados, obter uma visão geral sobre determinado assunto. (GIL, 2002).

O caráter descritivo tem como função servir como instrumento de descrição sobre o objeto de estudo, ou mesmo, pode servir de relação entre as características que estão sendo analisadas (MINAYO, 2010).

A abordagem qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais e no aprofundamento do fenômeno estudado (MINAYO, 2010). A pesquisa foi realizada na Maternidade Humberto Coutinho – onde são oferecidos serviços de obstetrícia, neonatologia e pediatria – e também na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Osano Brandão, da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que oferece serviços referentes ao atendimento básico, ambas estando situadas na zona urbana da cidade de Colinas-MA, que segundo o IBGE, (2020) possui uma população estimada de 41.312 habitantes, com densidade demográfica estimada de 20,08 hab./km². Possui 37 estabelecimentos de saúde.

A população deste estudo foram as Puérperas com idades entre 18 a 40 anos que aceitaram participar e que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter realizado o Pré-Natal, ter idade igual ou superior a 18 anos, estar no período puerperal entre duas a quatro semanas pós-parto. Exclusão: Não ter realizado pré-natal na rede pública ou recusa em participar do estudo. Ressalta-se que 6 (seis) participantes que se enquadravam nos critérios de inclusão recusaram-se a participar desta pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período entre novembro e dezembro de 2019, através de entrevistas que se basearam em um roteiro construído tanto para caracterizar as informantes, quanto conhecer as influências, crenças e práticas de autocuidado com RN durante o puerpério.

As entrevistas ocorreram durante as consultas puerperais, algumas após a realização do teste do pezinho, e outras através de agendamento na casa da participante e sempre acompanhado de uma outra pessoa. Todas foram gravadas na íntegra, com a autorização das participantes, a fim de facilitar a análise.

Os dados foram analisados por meio de técnica de análise de conteúdo, uma vez que o foco é investigar um tema que se pretende entender, explorando um conjunto de opiniões e representações sociais. Esse método de análise abrange cronologicamente três fases: Pré-análise, em que o pesquisador realiza uma leitura flutuante dos dados obtidos; Exploração do Material, no qual as falas serão codificadas, procurando-se compreender seus significados nas frases e expressões faladas, possibilitando classificá-las e reuni-las em grupos de sentidos, denominados categorias; Tratamento dos Resultados e Interpretação, que consiste na realização da análise e interpretação do material, inferindo-se significados. Os resultados serão apresentados e simultaneamente discutidos, embasando-se na literatura científica pertinente (BARDIN, 2011).

Os dados foram coletados mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecimento (TCLE). Sendo repassado aos entrevistados as devidas informações e esclarecimentos quanto aos objetivos, à metodologia proposta, aos riscos e benefícios da pesquisa.

Quanto aos riscos e benefícios da pesquisa, estes podem ser:

Riscos: Tomar o tempo do sujeito ao realizar a entrevista; Invasão da privacidade; descri-

minação e estigmatização a partir do conteúdo revelado;

Benefícios: A participação na pesquisa trará benefícios no sentido de evidenciar a influência que as práticas populares no que diz respeito ao cuidado com o RN; contribuir para reflexões acerca da realidade evidenciada; aumento do conhecimento científico a área de enfermagem para melhoria do cuidado ao recém-nascido;

Assim, para redução dos riscos descritos, foi necessário estabelecer um diálogo interativo com as participantes, buscando estratégias de minimizar o desconforto, garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras); assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro.

Como forma de garantir segurança às entrevistadas, a ética que rege a pesquisa sobre o sigilo e o anonimato, foi substituído o nome das entrevistadas por nome de joias, em caixa alta, determinada a partir da ordem de realização das entrevistas, de modo que todos os sujeitos da pesquisa puderam certificar-se de que suas identidades permaneceriam anônimas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através desta pesquisa foram produzidos e desenvolvidos a partir da aplicação de questionários. Os mesmos foram entregues às participantes para que respondessem de acordo com os seus conhecimentos acerca da pesquisa em questão. Os dados gerados por meio do questionário aplicado foram analisados afim de que as respostas fossem interpretadas.

Assim, inicialmente, as questões objetivas serão demonstradas em tabelas afim de que sua análise tenha um resultado mais fiel. Após, foi realizada análise das questões abertas, por fim, realizou-se descrição geral da pesquisa, elucidando todo o resultado obtido.

Dados Socioeconômicos e Demográficos

Participaram desta pesquisa 12 mulheres no período de puerpério. Em relação à faixa etária 83,3% com predominância entre 18 e 27 anos, 50% relataram serem casadas, 58,3% apresentam nível de escolaridade com ensino médio completo, 25% têm o ensino médio incompleto. Quanto à profissão/ocupação, 41,6% relataram ser “donas de casa”. 100% da amostra declarou possuir renda de até 01 salário mínimo. No que tange à religião 91,7% declararam serem católicas. Quando questionadas sobre com quem residem, 25% residem com o marido e filhos; e outros 25% moram com os pais (Tabela 01).

Tabela 1 - Dados socioeconômicos e demográficos das puerpérias, Colina-MA, 2020.

| Variáveis | Categorias | Frequência | Conclusão |
|--------------|------------|------------|-----------|
| Faixa etária | 18-28 | 10 | 83,3% |
| | 29-38 | 02 | 16,6% |

| | | | |
|-----------------------------|------------------------|----|-------|
| Estado Civil | Solteira | 06 | 50% |
| | Casada | 06 | 50% |
| | União Estável | 00 | 0% |
| | Separada | 00 | 0% |
| Escolaridade | Analfabeta | 00 | 0% |
| | Fundamental completo | 00 | 0% |
| | Fundamental incompleto | 01 | 8,3% |
| | Médio completo | 07 | 58,3% |
| | Médio incompleto | 03 | 25% |
| | Superior completo | 01 | 8,3% |
| | Superior incompleto | 00 | 0% |
| | Pós graduação | 00 | 0% |
| Situação ocupacional | Trabalhando | 04 | 33,3% |
| | Desempregada | 02 | 16,6% |
| | Dona de casa | 05 | 41,6% |
| Renda | Até 1 salário mínimo | 12 | 100% |
| Religião | Católica | 11 | 91,7% |
| | Evangélica | 01 | 8,3% |
| Reside com | Marido e filhos | 03 | 25% |
| | Os pais | 03 | 25% |
| | Filhos | 02 | 16,6% |
| | Marido | 01 | 8,3% |
| | Mãe e filhos | 01 | 8,3% |
| | Mãe, irmãos e filhos | 01 | 8,3% |
| | Marido e sogra | 01 | 8,3% |

Dados relacionados à saúde reprodutiva das puérperas entrevistadas

Os resultados das questões relacionadas à saúde reprodutiva das puérperas entrevistadas seguem demonstrados na tabela a seguir:

Tabela 2 - Dados relacionados à saúde reprodutiva das puérperas, Colinas – MA, 2020.

| Variáveis | Categorias | Frequência | Conclusão |
|-------------------------------|------------|------------|-----------|
| Tipo de parto | Vaginal | 10 | 83,4% |
| | Cesariana | 02 | 16,6% |
| Consultas de pré-natal | 03 | 01 | 8,3% |
| | 04 | 01 | 8,3% |
| | 05 | 02 | 16,6% |
| | 06 | 06 | 50% |
| | + 06 | 02 | 16,6% |

Observa-se que a maioria das puérperas 10 (83,4%) tiveram parto vaginal e 06 (50%) realizaram pelo menos 6 consultas de pré-natal.

Conhecimento das puérperas sobre cuidados com o recém-nascido

Orientações de enfermagem sobre os cuidados com o recém-nascido no pós-parto

Quando questionadas se as puérperas receberam alguma orientação sobre os cuidados com o recém-nascido pelo enfermeiro durante o pré-natal, a maioria relatou que foi orientada, principalmente em relação à amamentação, alimentação da mãe e do bebê e sobre os cuidados com o coto umbilical, como é observado nas falas a seguir:

“[...] sim, sobre a amamentação, sobre banho, sobre também o cordão umbilical e no pós-parto a merma coisa.” - Pérola

“[...] sim, tipo é cuidar da criança, do umbigo e muitas outras coisas, elas me ensinaram como se cuidar da criança, ai elas me ensinaram várias formas de colocar o bebe, como dar comida pra ele, tipo amamentar até os 06 mês.” -

Rubi

“[...] sim, principalmente a questão da alimentação, do bem-estar emocional elas me deram muita dica e no pós-parto também principalmente na questão que envolve a amamentação, a forma como eu devia amamentar e a forma como eu devia me alimentar [...]” - Brilhante

Oliveira *et al.* (2019) destacam que o profissional de enfermagem tem um papel importante no cuidado à gestante e posteriormente, puérpera, visto que pode assumir a função de propagador de conhecimento sobre práticas saudáveis de saúde, e acima de tudo o enfermeiro tem a propriedade de colocar sua formação e informação à serviço do bem-estar da mãe e da criança.

As ações do profissional enfermeiro durante o pré-natal são de grande relevância, visto que através da assistência prestada é possível realizar o monitoramento da gestante, identificar intercorrências de maneira precoce, além de fazer com que as gestantes se sintam mais acolhidas diante das descobertas advindas da gestação, proporcionando assim, uma gravidez mais segura (DIAS *et al.*, 2018).

A atuação efetiva da equipe de enfermagem facilita o alcance a dimensão educativa, contribuindo para a independência e autonomia das puérperas, visto que a mulher informada potencializa sua capacidade de cuidar para o meio familiar, social e individual (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Assim, a partir do exposto podemos observar a importância do enfermeiro no cuidado à puérpera desde o pré-natal, pois mesmo recebendo várias informações as puérperas ainda apresentam dúvidas quanto ao cuidado com o recém-nascido, ressaltando-se que na maioria das vezes elas não têm experiência.

Auxílio familiar nos cuidados com o recém-nascido no pós-parto

O âmbito familiar traz consigo experiências e conhecimentos apropriados à sua vivência, ao exercerem cuidados familiares, perpassam mitos, crenças, valores e tabus aceitos por elas (MIRANDA *et al.*, 2015).

Ao questionar as puérperas se receberam algum auxílio familiar nos cuidados com o recém-nascido, observou-se que todas tiveram ajuda em algum momento do pós-parto, como pode ser observado nas falas a seguir:

“Sim, ajuda de minha mãe, da minha sogra, vizinhos e principalmente de meu marido”. - Brilhante

“Sim, minha mãe”. - Diamante

“Sim, minha mãe, minha irmã” - Ametista

“Sim, da minha sogra e minha cunhada” - Cristal

Talvez a criança seja quem mais receba influência das crenças e práticas populares, visto que a mãe, enquanto gestante, passa a receber uma maior influência cultural da família, em que as crenças e práticas populares utilizadas nas gerações anteriores são repassadas para ela, que muitas vezes é inexperiente, para que sejam reproduzidas (GEHLEN *et al.*, 2015).

Cuidados com o coto umbilical

Percebeu-se uma forte reprodução do saber popular, quando as puérperas foram questionadas em relação aos cuidados com o coto umbilical, como observado nas falas:

“[...] eu colocava jalapa, queimava o caroço da cajá e botava o pó no imbigio todo santo dia até cair e quando caiu eu guardei, pra não deixar os ratos carregar, por que o povo diz se o rato carregar o minino vira ladrão, o povo diz também que quando olho do minino ta doente, adocece, ta remelando é bom a agente botar o imbigio de molho na água pra ficar lavando o olho da criança que logo melhora”. - Ametista

“[...] limpando com álcool 70% e botava azeite de mamona até cair e quando caiu eu guardei pra depois enterrar por que o povo sempre diz que tem por que tem que enterrar” - Ágata

“[...] eu limpava, botava um oleozinho pra não ficar seco, botava jalapa pra sarar mais rápido até cair e quando caiu, eu guardei, por que os povos tem um dizer que não pode deixar por que se o bicho, o rato carregar a criança quando cresce vira ladrão” - Jade

O uso de outras substâncias como as citadas nas falas das participantes do estudo não foram encontradas na literatura, porém, podem ser prejudiciais à saúde do bebê, pois podem promover o tétano neonatal, que ocorre quando não há os devidos cuidados com o coto umbilical.

O Ministério da Saúde orienta que o cuidado com o coto umbilical seja apenas com álcool à 70%, após o banho do bebê, estando o cuidador com as mãos sempre bem higienizadas. Deve-se embeber em álcool um pedaço de gaze e aplicar sobre o coto, em sua base, repetindo o procedimento a cada troca de fralda. Ressalta-se que quanto mais exposto ao ambiente e desidratado ele estiver, mais rapidamente irá cair (BRASIL, 2005).

Cólicas no recém-nascido

Em relação às cólicas do bebê, as puérperas foram questionadas sobre quais medidas tomavam para aliviá-las, e observou-se os seguintes relatos:

“[...] dou remedinho, e coloco pra mamar e se for espremedeira a gente coloca a fralda do bebe usada na fumaça, que isso faz com que a espremedeira suma ou passe”. - Diamante

“[...] Ele sentiu uma vez, começou a doer a barriga, coloco ele de barriga na minha e dou chá de flor de goiabeira”. - Rubi

“[...] eu coloco meu bebe sobre a minha barriga, esquento a barriga dele. já me ensinaram algumas outras coisas como tipo: Eu já coloquei a fralda usada na fumaça pra meu bebe parar as cólicas e deu certo” - Topázio

“[...] eu dou chá de cheiro verde, sacatrapí, encosto a barriguinha dele na minha, quando eu lavo as fraldas os paninhos dele, não espremo por que a criança sente cólica” - Ágata

“[...] eu faço chá do umbigo com coco de minhoca, chá de sacatrapí, e dou”.

- Cristal

Algumas práticas, como as mencionadas acima, podem ser prejudiciais ao recém-nascido, por isto devem ser desencorajadas pelo o enfermeiro, que poderá explorar medidas alternativas que sejam mais aceitáveis, como um exemplo o uso de ervas medicinais, como o lambdouro, tais práticas que não são prejudiciais à saúde do recém-nascido e que já possuem até conhecimento científico, além de promover educação em saúde.

As cólicas dos bebês geralmente são relacionadas à alimentação da mãe. Alguns autores relatam que a alimentação da mãe pode interferir ou não na manifestação de cólicas no bebê, e que o uso de chás caseiros e a técnica de massagens com óleos aquecendo a barriga auxiliam no alívio das cólicas (GONÇALVES *et al.*, 2012).

Oliveira *et al.* (2019) relatam que as cólicas geralmente persistem até os três meses e que há desconhecimento acerca da etiologia das cólicas e o tratamento. Algumas das orientações destacadas incluem retirar da dieta da mãe leite de vaca e derivados, caso esteja amamentando, suprimir da dieta ovos, trigo e nozes. Os autores destacam ainda outras medidas que ajudam a acalmar, tais como: massagear a barriga no sentido horário, movimentar as pernas em direção ao corpo, aplicar compressas secas e mornas, aconchegar o bebê do colo da mãe e encostar a barriga do bebê na barriga da mãe.

Saberes populares utilizados no cuidado ao recém-nascido

As crenças populares e os recursos não convencionais, que fazem parte desta cultura popular, utilizados na solução de problemas de saúde são estratégias de apropriação e construção de saberes, na qual a cientificidade dos recursos utilizados não é um fator relevante, e sim as respostas as suas necessidades em determinado momento (GEHLEN *et al.*, 2015).

Foi questionado as puérperas sobre qual seria a opinião delas acerca dos saberes populares utilizados nos cuidados com o RN. Elas responderam com os seguintes relatos:

“Alguns até servem, outros não, só no caso mesmo da medicina né que temos uma garantia de comprovação científica, nem tudo que o povo ensina a gente tem que fazer.” – Esmeralda

“Eu acredito sim, por que logo eu já pratiquei muitos, é minha mãe, minha vó sempre me fala sobre o que pode, o que não pode, o que faz mal, e eu utilizei bastante esses saberes e foi muito útil”. - Pérola

“É... eu não acredito muito, mais com influência dos mais velhos a gente acaba fazendo e até que dar certo, mesmo eu não acreditando muito, mais dar certo!” - Diamante

“Influencia bastante principalmente pra mãe de primeira viagem como eu, que não tem experiencia, os mais velhos sempre vem a coloca caroço de não sei o que no umbigo da criança, coloca algodão na testa da criança pra parar o soluço, leva pra rezar pra não dar quebrante, amarra fita vermelha no braço da criança pra olho gordo, e assim vai.. em alguns eu acredito mais tem outros que eu não acredito mais também respeito a opinião

dos outros.” –

Topázio

“eu acredito, eu faço e dar certo, é bom aprendi muito com minha avó e faço até hoje” -
Ametista

Apesar de todos os avanços tecnológicos, os saberes populares recebem confiabilidade, por responderem, muitas vezes, às expectativas da população. Pode-se perceber que todas as puérperas utilizam medidas caseiras já testadas pela comunidade, parentes, vizinhos para solucionar os problemas com os quais se deparam no diariamente. Por vezes, o uso dessas práticas populares sobrepõe o conhecimento científico no cuidado à saúde do recém-nascido, o que pode ser considerado prejudicial para o cuidado infantil.

As razões que levam as pessoas a utilizarem as práticas populares são inúmeras, e na maioria das vezes não possui nenhuma relação com os aspectos socioeconômicos e ao nível escolar. E mesmo com o grande avanço científico e tecnológico que a humanidade tem alcançado, estes ainda não foram suficientes para suprimir da sociedade as crenças e práticas populares vinculadas a tradições que são passadas de geração em geração (GEHLEN *et al.*, 2015).

Dentre os fatores que levam as pessoas a aderirem a tais práticas, destacam-se: a influência de pessoas mais próximas e que vivenciaram situações semelhantes, a falta de confiança na medicina convencional, baixa condição financeira para arcar com o tratamento proposto pela equipe de saúde, bem como a falta de vínculo com esta equipe, entre outros (BRONDANI *et al.*, 2018).

Influência da cultura no cuidar de uma pessoa

A puérpera traz em sua cultura as crenças, valores, práticas populares e modo de vida relativos ao seu ciclo vital. A cultura é entendida como um conjunto de significados, crenças, valores, imagens, imaginários e símbolos nos quais somos inseridos diariamente, delineados pela compreensão de nosso viver (MIRANDA *et al.*, 2015).

As puérperas entrevistadas foram questionadas se a cultura pode influenciar no cuidar de uma pessoa, observou-se que todas responderam que sim, como demonstrado nas falas a seguir:

“Sim, às vezes. Geralmente algumas pessoas seguem mais as orientações dos pais, avós das pessoas mais velhas, por que as pessoas tem um dizer que os mais velhos sabem mais né e isso influencia muito, as vezes as pessoas procuram médico como uma das últimas opções, acho que por cultura mesmo”. - Esmeralda

“Sim, principalmente quando a gente é mãe de primeira viagem, a gente não tem conhecimento, nem práticas sobre os cuidados com recém-nascido, ai nisso a gente é obrigada a recorrer á parentes, familiares, amigos que possa nos ajudar com os cuidados com o bebe”. - Pérola

“Sim pode, através dos saberes dos mais velhos que eles sabem e passam pros mais novos, tem muita coisa que ajudam, que eles falam e dar certo”. - Rubi

“Eu acho que sim! Pode. Por que os povos mais velhos são mais vividos, tem mais conhecimentos, hoje está tudo muito evoluído, mais esses conhecimentos ainda são muito usados no nosso dia-dia”. - Ágata

Apesar de receberem informações científicas, elas passam pelo aconselhamento de

suas mães, amigas, vizinhas, em busca de experiências de seu convívio (BEZERRA; CARDOSO, 2012).

Nesse contexto, observa-se que a cultura e o cuidado relacionam-se influenciando a posteridade de maneira significativa, visto que é de geração em geração que se reconhecem as tradições familiares, às vezes, sob a perspectiva de garantir a sobrevivência dos aspectos e práticas culturais e que os mesmos continuem a serem transmitidos, dado que essa transmissão de saberes-fazer possui uma função significativa e organizada, de caráter estruturante, em virtude dos rituais, das crenças e dos valores atravessados pelas gerações (LINHARES, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, observou-se após a conceituação dos mitos e lendas e da forma com que impactam no cuidado para com o recém-nascido que a utilização de saberes populares entre as puérperas para com sua prole deu-se, frequentemente, através de orientações emanadas por familiares e amigos, contrariando, na maioria das vezes, as orientações dos profissionais de saúde.

É importante frisar que, não obstante a facilidade de acesso às informações e orientações recebidas tanto no pré-natal como no pós-parto, as práticas repassadas culturalmente mantiveram-se entre as gerações, destacando-se que não se observou uma relação direta entre tais costumes, nível de escolaridade e religião das genitoras.

Diante disso, restou evidenciada a extrema importância que o profissional de Enfermagem assuma posturas favoráveis ao uso prático desses saberes populares, não incentivando o uso por completo, mas associando o conhecimento do senso comum ao conhecimento científico, para que seja feito um uso mais racional e consciente, não expondo os usuários a riscos desnecessários, mas salvaguardando a devida segurança.

Observa-se, pois, que a negação ou repreensão das mencionadas práticas pode engendrar insegurança e conflito às mulheres em um momento que, por si só, já é coberto de sentimentos e emoções muito particulares.

No presente estudo, apesar das participantes terem realizado as consultas de pré-natal, recebendo as devidas orientações no pós-parto, observou-se que houve forte influência de cuidados vindos dos conhecimentos repassados pela família.

Logo, depreende-se a necessidade de mudança de pensamento às puérperas, por meio de orientações repassadas por toda a equipe de profissionais de saúde, com enfoque aos enfermeiros – frente ao trabalho destes exigir maior proximidade das mulheres no período gestacional e puerperal – vindo a atingir toda a cultura familiar, a fim de que todos possam compreender os riscos e benefícios das práticas utilizadas.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira *et al.* Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1327-1333, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago.

2020.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BIANCHINI, C. de O.; KERBER, N. MITOS E CRENÇAS NO CUIDADO MATERNO E

DO RECÉM-NASCIDO. VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 35–50, 2011. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/1455>. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Série: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4, Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru: manual técnico. 3ed. Brasília, 2017.

BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414- 421, Jun 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 ago. 2020.

BRONDANI, Karina Jullyana de Melo *et al.* PRÁTICAS MATERNAS E USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS NO CUIDADO DA CRIANÇA. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 23, n. 4, dec. 2018. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54090>>. Acesso em: 13 set. 2020.

BUDÓ *et al.* Cuidado e cultura: uma interface na produção do conhecimento de enfermagem. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, jan./mar. 8(1):3691- 3704, 2016.

DIAS, L. M. O. *et al.* Influencia familiar e a importância das políticas públicas de aleitamento materno. Revista Saúde em Foco, ed. 11, 2019.

GEHLEN, R. G. S. *et al.* A influência das crenças e práticas populares no cuidado de enfermagem a puérpera e ao recém-nascido: relato de experiência. Trabalho de conclusão de curso, Bacharelado em Enfermagem, 2015

GIL, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas S.A; 2002.

GONÇALVES, A. C. *et al.* Crenças e práticas da nutriz e seu familiares relacionadas ao aleitamento materno. Rev. Gaúch Enferm. V.26, n.3, p.333-344, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/pedro/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/4564-14613-1- PB.pdf Acesso em 14 set. 2020.

LINHARES, Eliane Fonseca *et al.* Influência geracional familiar no banho do recém-nascido e prevenção de onfalites. Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], v. 11, n. 11, p. 4678-4686, out. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231209/25214>>. Acesso em: 14 set. 2020.

MARTINS, L. A. Cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola e a influência intergeracional. 122 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MIRANDA, D. B.; MAROSTICA, F. C.; LIÉGIO, M. E. Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 6, n. 3, ano 2015, p 2444-2459. Disponível em file:///C:/Users/pedro/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/Dialnet-InfluenciaDoFatorCulturalNoProcessoDeCuidadoPuerpe-5555805.pdf Acesso em 02 set. 2020.

OLIVEIRA, Thais Damasceno *et al.* The Guidelines Regarding Puerperal Period that are Received by Women Under Immediate Puerperium / Orientações Sobre Período Puerperal Recebidas por Mulheres no Puerpério Imediato. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 620-626, feb. 2020. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6633>>. Acesso em: 02 set. 2020.

RIBEIRO *et al.* Vivências de cuidado da mulher: a voz das puérperas. Rev enferm UFPE online., Recife, 8(4):820-6, abr., 2014.

SOUZA, Regina Machado. O cuidado à saúde na gestação: saberes e práticas populares de gestantes participantes de ação educativa em unidade de saúde da família em Piracicaba-SP. 185 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal de São Carlos, 2015.

VIEIRA, A. P. R.; LAUDADE, L. G. R.; MONTEIRO, J. DOS S.; NAKANO, A. M. S. Maternidade na adolescência e apoio familiar: implicações no cuidado materno à criança e autocuidado no puerpério. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 12, n. 4, p. 679 - 687, 5 dez. 2013.



Humanização na assistência à saúde: uma revisão de literatura

Michelle Carneiro Fonseca
Quenia Camille Soares Martins
Marcos Aurélio Fonseca Medeiros
Laryssa Rocha Santos
Deborah Julianne Lescano Serpa
Cinthia Barros Penha
Francisco Macêdo Cruz Neto
Chrystian Sales Ferreira de Oliveira
Roxana Anicelli Monteiro Pessoa
Ingrid Gurgel Amorim
Rosana Kelly da Silva Medeiros

DOI: [10.47573/aya.5379.2.174.12](https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.174.12)

INTRODUÇÃO

A política de Humanização do SUS (Sistema Único de Saúde) considera a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, fomento da autonomia e do protagonismo desses indivíduos envolvidos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, focando nas necessidades dos cidadãos e a produção de saúde (FALK; RAMOS; SALGUEIRO, 2006).

O programa Humaniza SUS, precursor à PNH, estabelece metas baseadas na promoção da saúde, gestão de processos de trabalho e aplicação da gestão cooparticipativa. Tendo como objetivo de destaque o fortalecimento das políticas de saúde e a ampliação de sua capacidade, não apenas por planejamentos, mas também de forma prática e efetiva, contando com o compromisso de todos os envolvidos. A partir dessas propostas, um processo de transversalidade foi iniciado nas redes de atenção à saúde do Brasil; as novas ferramentas são usadas para consolidar estratégias e articular ações que tem por meta potencializar os resultados e beneficiar todos os sujeitos que fazem parte do processo (GIOVANELLA *et al.*, 2013).

O acolhimento é ferramenta crucial para que a humanização seja efetivada. Podendo ser realizada por todos os profissionais da equipe, em todos os níveis e em todas as situações do cotidiano que se faça presente a possibilidade de diálogo direto entre profissional-paciente. Além da recepção no primeiro contato, estabelecimento de graus de prioridade e gravidade, o processo conta com o atendimento integral ao usuário, para que ele sentir -se valorizado, cuidado e realmente acolhido. A metassíntese identifica o acolhimento como uma tecnologia leve fundamental na prática dos serviços de saúde e contribui significativamente na mudança do modelo assistencial; antes centrado no tratamento da doença e hoje priorizando o sujeito, a prevenção e promoção da saúde (GARCIA, 2005).

É fundamental ao profissional da saúde incorporar o aprendizado e o aprimoramento dos aspectos interpessoais à tarefa assistencial, desenvolvendo a sensibilidade para conhecer a realidade do paciente ao ouvir queixas, aplicando, dessa forma, as diretrizes para as mudanças que são essenciais nos processos de produção de saúde para que a política de humanização seja implantada, culminando com a transformação das práticas de saúde (CASATE; CORREA, 2005).

É essencial para ambientes de trabalhos saudáveis que os profissionais sejam acolhedores, comunicativos com os pacientes e com os colaboradores nesses ambientes. Pois o diálogo aproxima e traz segurança aos envolvidos no processo de cuidar.

OBJETIVO

O objetivo deste artigo foi discutir a humanização por profissionais de saúde profissionais refletindo sobre práticas no cuidado aos pacientes.

Para subsidiar essa proposta realizou-se busca bibliográfica digital em bases de dados e textual no período compreendido de 2000 a 2021.

METODOLOGIA

Este estudo realizou uma coleta de a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico e realização de uma revisão integrativa.

A pesquisa bibliográfica consiste em um método para iniciar um estudo, buscando-se semelhanças e diferenças entre os artigos levantados nos documentos de referência. A compilação de informações em meios eletrônicos é um avanço importante para os pesquisadores, democratizando o acesso e proporcionando atualização frequente. O propósito geral de uma revisão de literatura de pesquisa é reunir conhecimentos sobre um tópico, ajudando nas fundações de um estudo significativo para enfermagem. Esta tarefa é crucial para os pesquisadores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; BREVIDELLE; DOMENICO, 2008).

Para o levantamento dos artigos, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline). Para busca dos artigos, utilizou-se os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola: “Humanização”, “Profissionais de Saúde”, “Assistência”; “Saúde”.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram os seguintes: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos disponíveis na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados com recorte temporal de 2000 a 2022.

Foram encontrados 1855 artigos nas bases supracitadas, desses após leitura dos títulos e resumos filtraram-se 123 e após leitura dos textos, foram selecionados para este estudo 29 artigos.

DISCUSSÃO

As iniciativas de humanização de assistência passam a possuir grande expressão, entrando inclusive na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 2000, a qual teve como tema: “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”. A partir desse marco, começaram a surgir uma série de experiências de humanização da assistência, sendo seguidas de iniciativas no campo político-normativo. A de tais iniciativas, pode-se citar o surgimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 2001, sendo substituído em 2003 pela Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH tem como proposta, entre outras, a produção de autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados no processo saúde-doença, bem como a valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão da saúde (BRASIL, 2010).

Por meio da Reforma Sanitária, as práticas de humanização as quais buscam melhor qualidade do cuidado já estavam propostas, considerando o respeito ao usuário e dignidade do trabalhador da saúde. Na implementação do SUS, muitos projetos de humanização foram adotados pelos governos, particularmente os voltados para a área materno-infantil. A humanização prioriza inicialmente a qualidade da atenção e satisfação do usuário, e só posteriormente é que incorpora as questões referentes aos profissionais de saúde (PASCHÉ; PASSOS; HENNING-

TON, 2011; BENEVIDES; PASSOS, 2005; HENNINGTON, 2008; ARTMANN; RIVERA, 2006).

A humanização parece ser desejada principalmente no tocante ao atendimento. Porém, parece existirem menores investimentos em propostas de democratização dos espaços de gestão, como a criação de conselhos e colegiados de gestão, inclusão dos diversos atores nos processos de gestão; construção de projetos terapêuticos; ampliação do horário de visitas; formação de equipes interdisciplinares de referência e outras propostas presentes em documentos oficiais a respeito do tema e na produção teórica no campo do planejamento e gestão em saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007; BRASIL, 2010).

Assim, a humanização do trabalho a partir da capacitação da habilidade emocional do profissional para o enfrentamento da dimensão da subjetividade promove alternativas para superação das frustrações presentes nos ambientes laborais (AMESTOY; COL, 2006).

A compreensão do humano enquanto um ser voltado automaticamente para a realização de bons atos tem importantes consequências sobre as práticas de intervenção sobre o cuidado, nomeadas enquanto práticas de humanização. As intervenções de humanização da assistência são pautadas nesse modelo de compreensão do humano que se afunilam com estratégias de “sensibilização” e práticas de cunho pedagógico, partindo entendendo que é possível desencadear uma ativação da bondade que os sujeitos trazem consigo ou moldam suas ações para que a disposição à realização de bons atos, que caracterizaria sua essência, torne-se prevalente (SÁ, 2009).

O conceito de humanização é polissêmico, envolve inúmeros significados e é permeado por imprecisões. Entretanto, as formas de perceber ou entender humanização não se dissociam de suas práticas. Podendo ainda ser entendida como um vínculo entre profissionais e usuários, alicerçado em ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, reflexo de uma atitude ética e humana. Em outro sentido, a humanização é associada à qualidade do cuidado, que vinculava a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários. Algumas produções acadêmicas mencionem que a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) abrange: condições de trabalho, modelo de assistência, formação permanente dos profissionais, direitos dos usuários e avaliação do processo de trabalho (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

Entre os objetivos da PNH (Política Nacional de Humanização) está a preocupação dos seus idealizadores com os profissionais de Saúde. O processo de produção de saúde é realizado por humanos com suas necessidades e fragilidades que se refletem nas esferas sujeito-usuário e sujeito-profissional. Nesse eixo, condições de trabalho desfavoráveis, de desvalorização às aspirações dos trabalhadores, que exaltam o tecnicismo e a burocracia, desqualificam o cuidado e, por conseguinte, a humanização das práticas. Citando--se, nesse contexto, um profissional fragilizado, com potencial limitado para humanizar suas ações de cuidado (FONTANA, 2010).

Outro ponto de destaque do Programa de Humanização, tanto nos hospitais como na formação e funcionamento da Rede, é a menção do trabalho com equipes interdisciplinares. Nessas equipes, tende-se à mútua formação elementar contínua dos seus membros nas teorias, métodos e técnicas das suas respectivas especificidades e profissões, com o objetivo de propiciar tanto a exploração das interfaces das suas capacidades e funções, como a mobilidade, a substitutividade dos papéis teórico-técnicos e, ainda, a invenção de novos papéis requeridos

pela tarefa. Essa equipe engloba, eventual ou regularmente, os que desenvolvem os denominados “ofícios” (não qualificados como profissões) e, ainda, da mesma forma, os usuários e/ou seus representantes, assim como representantes da comunidade organizada (MARTINS, 2001).

Os trabalhadores da área de Saúde possuem destaque na política de humanização, essencial na promoção da saúde. Estudo repensa estratégias e compromissos de corresponsabilidade do profissional de Enfermagem, por exemplo, na promoção da saúde da população e ressalta que a participação de enfermeiros na dinamização das políticas de humanização do cuidado tem mostrado desdobramentos nas manifestações de acolhimento e vínculos entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Enfatiza que a escuta sensível, as modalidades de diálogos e o método da entrevista-conversa são tecnologias das relações e provocam a aquisição de competências da política da humanização para desenvolver da melhor maneira o cuidado na promoção da saúde (TRENTINI *et al.*, 2011).

As atitudes de cuidado humanizado, permitem compreender que somente o ser humano é capaz de sentir com emoção, imprimir emoção nos atos e expressar emoção nas atitudes. De forma que, a relação do acolhimento, do ouvir e de preocupar-se efetivamente com a situação de saúde do outro constrói vínculo com este outro. Essa ligação provoca condições para penetrar nas causas dos problemas e pactuar ações de cuidado que serão levadas a efeito. A medida em que se estabelecem vínculos, se consolidam relações de reciprocidade, de credibilidade e de confiança. O acolhimento e o vínculo são, portanto, ferramentas essenciais para a integralidade do cuidado em saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Essa atenção que existe na PNH diz respeito ao cuidado humano, ao reconhecimento das necessidades, como uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. As pessoas se relacionam de modo a promover o crescimento e o bem-estar da outra. Portanto, pressupõe a construção de vínculos, para que sejam estabelecidas relações próximas e claras capazes de atenuar o sofrimento e possui como objetivo a construção da autonomia do usuário e não a sua dependência. É responsabilizar-se, junto com o outro, pela sua vida e morte (CAVALHEIRO, 2014).

Uma estratégia como método de melhoria dos processos de trabalho são as oficinas de sensibilização como forma de melhorias no processo de trabalho e bem-estar dos profissionais. Tais oficinas desenvolvem maneiras de humanizar o ambiente hospitalar a fim de estabelecer padrões de cuidados mais humanizados, além de melhoria das condições de trabalho e de atendimento; propiciando relações mais harmoniosas entre empregados, equipe e chefias. Porém, percebe-se que existe déficit em relação às estratégias que visam melhorias no processo de trabalho humanizado, ambiência e bem-estar dos profissionais, entre eles a pouca motivação, falta de empenho e de iniciativa dos profissionais e escassez de recursos para a efetivação das estratégias. Portanto, é fundamental a sensibilização dos gestores dos serviços para o cenário proposto pela ambiência: construção de um espaço que propicie as relações interpessoais e proporcione atenção acolhedora, humana e resolutiva (FERREIRA *et al.*, 2021).

Além da gestão hierarquizada, verticalizada e centralizada, as condições de trabalho do profissional de saúde, como a baixa remuneração e o desgaste físico e emocional podem contribuir em má qualidade de assistência ao paciente. Esse aspecto é ratificado considerando também a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos materiais e humanos, além da insuficiência na educação continuada por parte da equipe. Portanto, é preciso considerar o autocuidado do

profissional. A atenção centrada no paciente foi associada a humanização, sendo dessa forma, um elemento para a colaboração interprofissional que envolve a determinação e busca de alcançar um mesmo objetivo, com benefício mútuo de usuários e profissionais. Esse modelo de atenção resulta na segurança do paciente e em oferta de qualidade na assistência. A prática interprofissional colaborativa é um desafio e mudança que deve ser empreendida pelas diferentes profissões em parcerias com os usuários (FARIAS *et al.*, 2013; AGRELI *et al.*, 2016).

Outros aspectos podem que devem ser considerados na construção de papéis para profissionais de saúde mais humanos. A mobilização na relação com a autoridade e os significados do existir e a transformação das maneiras de produzir relacionamentos no mundo atual são vetores importantes para essa reflexão. O campo transferencial/contra transferencial apresenta peculiaridades contemporâneas nas práticas de saúde que necessitam de escuta psicanalítica em decorrência dos desdobramentos que alcança (BARRETO, 2019).

A humanização da assistência em saúde passa por algumas tentativas de compreender os percursos da ciência. Portanto, marcada pelo primado da racionalidade e do abandono do amor associado à pieguice ou à falta de consistência técnico-científica; do trabalho aproximado ao “tarefismo coisificado” e “coisificante”; do ser humano “dessubjetivado”; das práticas de saúde “ateóricas” e dissociadas da história e do contato humano; do impacto do capital no arcabouço técnico-científico de procedimentos e da farmacologia, entre outros pontos (BARRETO, 2019). As universidades possuem níveis de ensino que se responsabilizam no processo de humanização, possibilitando a inserção dos seres humanos na sociedade humana. E, essas organizações convocam a sociedade a refletir sobre seu papel na sociedade. No Brasil, desde a década de 1990, as universidades concebiam como referências valorativas e normativas, passando a constituir-se como organizações sociais mais voltadas à eficácia e produtividade, demonstradas pela rápida transmissão de conhecimento, o que provoca consequências para o processo formativo (CHAUI, 2003).

A garantia de acesso à serviços de saúde resolutivos e de qualidade, são consideradas estratégias fundamentais para o alcance ações humanizadoras, assegurando plena atenção às necessidades da população. A implementação dessas mudanças requer a integração entre os serviços de saúde, instituições formadoras, trabalhadores que atuam no sistema e usuários, para o estabelecimento de pactos de convivência e prática. Essas ações são necessárias para que seja possível investir na aproximação dos serviços de saúde aos princípios do SUS, dentre os quais o da integralidade, universalidade, equidade e qualidade em saúde (BRASIL, 2011).

Profissionais de saúde humanizados são considerados como demanda emergencial para sociedade. Essa qualidade não se restringe apenas à adequação ao aparato técnico-científico contemporâneo, porém depende de uma construção subjetiva que é ampla, multifacetada e marcada por distintos contextos de aprendizado informais e formais. O desenvolvimento do humano é inacabado, e o saber que se produz em uma profissão não é todo, mas possui hiências. Há profissionais de saúde que conseguem ser remédios potentes para seus pacientes. E isso consiste em uma característica preciosa na relação humana e precisa ser mais investigada e desenvolvida na formação dos profissionais de saúde (CAVALHEIRO, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Humanizar a assistência em saúde é um trabalho necessário nas atividades cotidianas dos profissionais de saúde.

Levando em consideração os princípios e diretrizes da PNH. Devendo ser executadas para nortear as atividades de modo a promover saúde e valorização dos envolvidos no processo do cuidar.

É preciso estabelecer diálogos, realizar acolhimento, estabelecer vínculo entre profissionais e usuários, compreender que as pessoas são singulares e que podem apresentar demandas distintas, por isso ressalta-se que deve haver escuta qualificada.

Vale destacar que realizar educação em saúde é algo imprescindível com os profissionais com o objetivo de ampliar ideias e práticas de melhorias sobre os trabalhos empenhados.

Portanto, este estudo visa contribuir com as práxis da ciência em assuntos relacionados à política de humanização nos serviços prestados pelos profissionais de saúde a fim de que esses colaborem com uma assistência cada vez mais melhor, participativa, com comunicação de excelência, aceitando as tomadas de decisões dos pacientes, dialogando, explicando e realizando um trabalho cada vez mais saudável para quem o faz e para quem dele necessita.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface*, 20(59), 905-916, 2016. Doi: 10.1590/1807-57622015.0511
- ARTMANN, E.; RIVERA, F.J.U. Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa. Deslandes SF, organizador. *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 205-231, 2006.
- BARRETO, R. A. Um profissional de saúde mais humano como medicamento. *Estud. psicanal.*, Belo Horizonte, n. 51, p. 177-182, jun. 2019.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)* 9(17):389- 406, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Portaria MS/GM n.º 2.488. 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BREVIDELLE, M. M.; DOMENICO, E.B. *Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde*. 2a ed. São Paulo: látria; 2008.
- CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricooperacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849- 859, 2007.
- CASATE, C.J.; CORREA, K. A. *Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na*

literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 13(1):105-111, 2005.

CASATE, C.J.; CORREA, K.A. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 13(1):105-111, 2005.

CAVALHEIRO, A. F. A estratégia saúde da família e a dicotomia política de estado e política de governo: a busca pela efetivação do direito à saúde no Brasil. In: VIEIRA, *et al.* (Orgs). *Coletânea de direito sanitário e saúde coletiva*. Volume 1 [recurso eletrônico]. Criciúma, SC: UNESC, p. 299-316, 2014.

CHAUÍ, M. A universidade pública sob nova perspectiva. *Rev Bras Educ*, 24(1):5-15, 2003.

FALK, M.L.R; RAMOS, M.R; SALGUEIRO, M.Z. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. *Botucatu: Interface*. 2006; 20(2):135-44, 2006.

FARIAS, F.B.B *et al.* Cuidado humanizado em UTI: desafios na visão dos profissionais da saúde. *J. res.: fundam. care. online*, 5(4), 635-42, 2013.

FERREIRA, D. D *et al.* Estratégias de humanização da assistência no ambiente hospitalar: uma revisão de literatura. *Revista Ciência Plural*, [S. I.], v. 7, n. 1, p. 147–163, 2021.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. *Rev Rene*, 11(1):200- 207, 2010.

GARCIA, E. O humanismo na busca da satisfação do paciente; 2005.

GIOVANELLA, L *et al.* Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface (Botucatu)*, 13(Supl. 1):493-502, 2009.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev. Saúde Publica*, 42(3):555-561, 2008.

MARTINS, M.C.F.N. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2001.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E.A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Cien Saude Colet*, 16(11):4541- 4548, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 13, p. 651-664, 2009. Suplemento 1.

TRENTINI, M *et al.* A responsabilidade social da enfermagem frente à política da humanização em saúde. *Colomb med*, 42(Supl. 1):95-102, 2011.

VAITSMAN, J. ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 599- 613, [s.d]. 2005.



Uso de fitoterápicos como auxiliares no tratamento da ansiedade: uma revisão integrativa

Carliane Azevedo Santos Lima
Francilda da Silva e Silva Abreu
Ana Cristina Sousa Gramoza Vilarinho Santana

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.13

RESUMO

A ansiedade é caracterizada como uma das manifestações psíquicas mais evidentes entre a população geral. Métodos de tratamento alternativos ganharam cada vez mais espaço, com a introdução de fitoterápicos e plantas medicinais. O objetivo deste estudo foi verificar as evidências do uso de fitoterápicos como auxiliares no tratamento da ansiedade. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura de artigos publicados entre 2018 e 2023, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SCIENCE DIRECT e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Foram selecionados 11 artigos, dos quais 08 (72,8%) se tratam de ensaios clínicos randomizados e 03 (37,5%) de ensaios clínicos randomizados duplo-cegos controlados por placebo. O estudo revelou dados promissores, acerca da utilização de fitoterápicos para tratamento da ansiedade. Ficou evidente a necessidade de avaliar os aspectos farmacológicos e farmacocinéticos dos fitoterápicos. Em nenhum dos estudos analisados observou-se os aspectos de farmacovigilância.

Palavras-chave: ansiedade. farmacopeia. medicamentos fitoterápicos. tratamento.

ABSTRACT

Anxiety is characterized as one of the most evident psychic manifestations among the general population. Alternative treatment methods have gained more and more space, with the introduction of herbal medicines and medicinal plants. The aim of this study was to verify the evidence of the use of herbal medicines as aids in the treatment of anxiety. An integrative literature review of articles published between 2018 and 2023 was carried out in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), SCIENCE DIRECT, and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) databases. Eleven articles were selected, of which 08 (72.8%) were obtained from MEDLINE and 03 (27.2%) obtained from SCIENCE DIRECT. None were obtained from the LILACS databases. All articles are in English and 08 (72.8%) of these are randomized clinical trials, with 03 (37.5%) being randomized double-blind placebo-controlled clinical trials. The study revealed promising data about the use of herbal medicines to treat anxiety. The need to evaluate the pharmacological and pharmacokinetic aspects of herbal medicines became evident. In none of the studies analyzed were aspects of pharmacovigilance observed.

Keywords: anxiety. pharmacopoeia. herbals medicines. treatment.

INTRODUÇÃO

A ansiedade é caracterizada como uma das manifestações psíquicas mais evidentes entre a população geral, estando ligada a fatores do cotidiano, gerando desordens emocionais, psicológicas e físicas, levando a limitações de vida. Sabe-se que quando a ansiedade gera incapacidade na prática de atividades diárias, causando prejuízo ao exercício da vida, tem-se o transtorno instalado (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

O transtorno de ansiedade é o mais comum dos problemas psíquicos que acometem pessoas, no Brasil, principalmente entre as faixas etárias mais jovens. Aspectos como o contexto social, o desemprego e a baixa expectativa de progresso podem se caracterizar como fatores

determinantes para o surgimento da doença, sendo mais incidente nos grandes centros urbanos, onde a rotina acelerada de vida é comum (MANGOLINI; ANDRADE; WANG, 2019).

Embora, o uso de medicamentos, associados à psicoterapia seja, na maioria dos casos, padrão para o tratamento da ansiedade, os métodos alternativos ganharam cada vez mais espaço, haja vista a introdução de fitoterápicos e plantas medicinais. De acordo com a legislação brasileira, o fitoterápico deve apresentar efeitos terapêuticos, cientificamente comprovados, sendo sua composição feita a partir de vegetais (ANDRADE; ALMEIDA, 2020; CORREA *et al.*, 2022).

O uso da fitoterapia, no Brasil, possui raízes ameríndias, africanas e europeias, desde muitos antes da colonização, promovendo uma cultura rica de conhecimento empírico, acerca do manejo terapêutico com plantas (ARAÚJO *et al.*, 2018). Com isso, o uso de plantas medicinais e compostos fitoterápicos são bem aceitos pela população brasileira, o que representa para algumas comunidades a única forma de tratamento de doenças (SANTOS; SILVA; VASCONCELOS, 2021).

Embora, o uso a fitoterapia seja bastante empregado na saúde brasileira, só se fortaleceu a partir de 2006, com a criação da Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF) e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (LOPES, 2021). Além do tratamento medicamentoso, os fitoterápicos têm sido bastante utilizados como auxiliares no tratamento dos sintomas da ansiedade e da depressão, promovendo sensação de calma e relaxamento, diminuindo o sofrimento causado pelo transtorno (NÓBREGA *et al.*, 2022).

Existe uma prática muito forte na utilização de alguns ativos vegetais que auxiliam no tratamento da ansiedade, os quais promovem efeitos terapêuticos promissores. Isso tem fortalecido a prática farmacêutica na indicação e orientação quanto ao uso dessas substâncias. Entre as plantas medicinais mais comuns estão a *Matricaria recutita*, *Valeriana officinalis*, *Melissa officinalis*, *Ginkgo biloba*, *Rhodiola rósea*, *Piper methysticum* e *Hypericum perforatum*, os quais podem ser utilizados in natura ou sob a fórmula de preparações fitoterápicas (SOARES *et al.*, 2020; CARVALHO; LEITE; COSTA, 2021).

Um dos principais fatores para o uso de fitoterápicos é alto custo de medicamentos industrializados, os quais requerem matérias-primas complexas e muitas vezes importadas, levando à inacessibilidade por grande parte da população. Tendo em vista a biodiversidade brasileira, os fitoterápicos representam a alternativa mais econômica para quem não tem acesso a medicamentos (RODRIGUES, 2022).

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo é verificar as evidências do uso de fitoterápicos como auxiliares no tratamento da ansiedade, identificando os que são mais utilizados, relatando seus possíveis efeitos colaterais e descrevendo a atuação do farmacêutico na orientação quanto ao seu uso.

METODOLOGIA

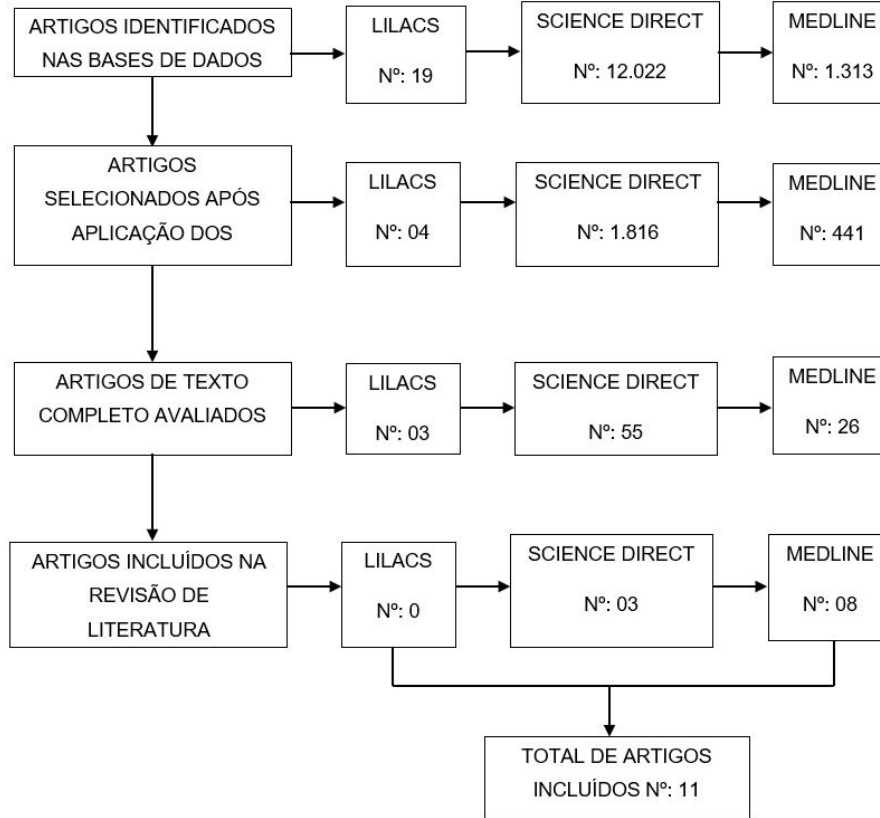
A pesquisa será conduzida a partir de uma revisão integrativa, estruturada a partir de artigos coletados nas bibliotecas virtuais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SCIENCE DIRECT e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH):

Ansiedade; Farmacopeia; Medicamentos Fitoterápicos; e Tratamento.

Os critérios de inclusão para a busca e seleção de artigos foram: artigos científicos de estudos primários, publicados entre os anos de 2018 e 2023, nos idiomas inglês, português e espanhol, sendo correlatos ao tema de pesquisa. Como critérios de exclusão, definiu-se: artigos de revisão, dissertações, teses, opinião de especialistas, editoriais, bem como artigos que não forneçam evidências sobre o tema.

Os artigos incluídos na presente revisão foram selecionados, seguindo algumas etapas de buscas, as quais se encontram descritas na figura 1.

Figura 1 - Representação do processo de busca e seleção de artigos.



Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa. 2023

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise criteriosa das bases de dados, a busca resultou em 11 artigos que respondem à pergunta de pesquisa e são elegíveis à revisão de literatura. Dos artigos selecionados, oito (72,8%) foram obtidos a partir da MEDLINE, representando a maioria, 03 (27,2%) obtidos da SCIENCE DIRECT. Não foi obtido nenhum nas bases de dados da LILACS.

A tabela apresentada na figura 1 expõe as informações de identificação, conforme título, autoria, ano de publicação, tipo de estudo, periódico de publicação e objetivos do estudo.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos, segundo título, autoria, ano de publicação, tipo de estudo, periódico e objetivos do estudo.

| TÍTULO | AUTOR | TIPO DE ESTUDO | PERIÓDICO | OBJETIVOS |
|---|--|--|--|---|
| A randomized placebo controlled clinical trial on the efficacy of Caralluma fimbriata supplement for reducing anxiety and stress in healthy adults over eight weeks | KELL, G.; RAO, A.; KATSIKITIS, M. (2018) | Ensaio clínico randomizado | Journal of Affective Disorders | Investigar a eficácia de um suculento extrato de Caralluma fimbriata (CFE) na redução da ansiedade e do estresse em adultos saudáveis. |
| A naturalistic study of herbal medicine for self-reported depression and/or anxiety a protocol | CASTELEIJN, D. et al. (2019) | Estudo clínico observacional | Integrative Medicine Research | Avaliar o tratamento individualizado com fitoterapia da ansiedade e/ou depressão auto relatadas melhorar os desfechos clínicos (conforme medido pelo SF-36, DASS-21, GHQ-28 e POMS-2) em pacientes com ansiedade e/ou depressão autor referida. |
| Effects of Melissa officinalis on anxiety and sleep quality in patients undergoing coronary artery bypass surgery: A double-blind randomized placebo controlled trial | SOLTANPOUR, A. et al. (2019) | Ensaio clínico duplo-cego randomizado controlado por placebo | European Journal of Integrative Medicine | Avaliar a eficácia de Melissa officinalis L. (Erva-cidreira) no manejo da ansiedade e da qualidade do sono em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. |
| Supplementation with extract of Gynostemma pentaphyllum leaves reduces anxiety in healthy subjects with chronic psychological stress: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial | CHOI, E-K.. et al. (2019) | Ensaio clínico duplo-cego randomizado controlado por placebo | Phytomedicine | Investigar a eficácia e segurança do extrato etanólico das folhas de Gynostemma pentaphyllum Makino no nível de ansiedade em indivíduos coreanos saudáveis sob condições estressantes crônicas. |
| Lavender and dodder combined herbal syrup versus citalopram in major depressive disorder with anxious distress: A double-blind randomized trial | FIROOZEEI, T. S. et al. (2020) | Ensaio clínico randomizado duplo-cego | Journal of Integrative Medicine | Comparar os efeitos do xarope de dodder e lavanda com a droga padrão, citalopram, para o tratamento de Transtorno Depressivo Maior com sofrimento ansioso |
| The Effects of Inhalation Lavender Aromatherapy on Postmenopausal Women's Depression and Anxiety: A Randomized Clinical Trial | JOKAR, M. et al. (2020) | Ensaio clínico randomizado | The Journal for Nurse Practitioners | Investigar os efeitos da aromaterapia de lavanda inalada na depressão e níveis de ansiedade entre mulheres na pós-menopausa. |
| The effect of lavender herbal tea on the anxiety and depression of the elderly: A randomized clinical trial | BAZRAFSHAN, M-R. et al. (2020) | Ensaio clínico randomizado | Complementary Therapies in Medicine | Investigar o efeito do chá fitoterápico de lavanda sobre a ansiedade e depressão do idoso. |
| An investigation into the anxiety-relieving and mood-enhancing effects of Echinacea angustifolia (EP107™): A randomised, double-blind, placebo-controlled study | LOPRESTI, A. L.; SMITH, S. J. (2021) | Ensaio clínico duplo-cego randomizado controlado por placebo | Journal of Affective Disorders | Examinar os efeitos ansiolíticos e de melhora do humor da Echinacea angustifolia durante uma duração mais longa com um tamanho de amostra maior. |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| Pharmacological and pharmacokinetic effect of a polyherbal combination with <i>Withania somnifera</i> (L.) Dunal for the management of anxiety | GANESAN, R. M. et al. (2021) | Ensaio clínico | Journal of Ethnopharmacology | Encontrar a melhor combinação polihierbal (CPH), em termos de sua ação farmacológica, dentre duas CPH, a saber, a CPH1 e a CPH3, elaboradas com base nos estudos anteriores realizados e realizar o estudo farmacocinético da melhor combinação (CPH3). |
| Effects of Inhalation Aromatherapy With <i>Rosa damascena</i> (Damask Rose) on the State Anxiety and Sleep Quality of Operating Room Personnel During the COVID-19 Pandemic: A Randomized Controlled Trial | MAHDOOD, B.; IMANI, B.; KHAZAEI, S. (2022) | Ensaio randomizado, não-cego, controlado por grupos paralelos | Journal of PeriAnesthesia Nursing | Avaliar os efeitos da aromaterapia com rosa damasco na ansiedade do estado e na qualidade do sono entre uma população de pessoal iraniano de sala de cirurgia durante a pandemia de COVID-19. |
| Investigating the Avocado (<i>Persea americana</i>) fruit's anti-anxiety potentials in rat models | ELSADEK, M. F.; ALQURAIISHI, M. I. (2023) | Ensaio clínico | Journal of King Saud University - Science | Investigar o comportamento ansiolítico em modelos de ratos tratados com Abacate em Pó e Suco. |

Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

A distribuição dos artigos incluídos no estudo aponta que, do total, três foram publicados em 2019 e três publicados em 2020, representando 27,2% para cada ano. No ano de 2021 foram publicados dois (18,3%) artigos, enquanto os anos de 2018, 2022 e 2023 apresentaram um artigo, cada. Isso representa 9,1% em cada ano.

Todos os artigos foram publicados em inglês e oito (72,8%) se tratam de ensaios clínicos randomizados, sendo três (37,5%) destes são ensaios clínicos randomizados duplo-cegos controlados por placebo. Foi verificado, ainda um estudo do tipo ensaio clínico e um estudo clínico observacional. Quanto aos periódicos de publicação, todos foram publicados em periódicos internacionais, das áreas de medicina, farmácia e enfermagem.

O presente estudo destaca que a utilização de fitoterápicos como auxiliares no tratamento da ansiedade tem bastante aplicabilidade clínica, mas muito dessa prática ainda acontece de forma experimental. Um estudo de oito semanas apresentou 97 adultos autodeclarados com ansiedade, onde 49 receberam 500mg de extrato de uma espécie de suculenta, a *Caralluma fimbriata* e 48 receberam placebo. Embora tenha sido evidenciada a redução de ansiedade e estresse em ambos os grupos na semana 4, os participantes que receberam o extrato de *Caralluma fimbriata* apresentaram melhor resultado, principalmente quando analisado o índice de cortisol, sendo mais evidente no sexo masculino (KELL; RAO; KATSIKITIS, 2018).

Em alguns casos, a promoção da substituição de medicamentos sintéticos por fitoterápicos pode ser promissora, desde que os efeitos de melhora sejam percebidos no paciente. Firoozeei *et al.* (2020) realizou um ensaio clínico de seis semanas, com 50 participantes, sendo que 25 receberam 20mg/dia de citalopram e 5 ml de placebo, enquanto no grupo B, outros 25 receberam 1 comprimido de placebo por dia e 5ml de xarope de lavanda e dodder em 12/12h. Na comparação dos grupos, houve diminuição nos níveis de ansiedade nas três primeiras semanas. Ao final da sexta semana, os níveis de ansiedade foram menores no grupo que recebeu xarope

de lavanda e dodder, demonstrando a eficácia do fitoterápico no tratamento da doença.

A lavanda tem sido bastante empregada como potencial calmante, seja na aromaterapia ou na ingestão de preparações fitoterápicas e infusões. No Irã, um ensaio randomizou 60 idosos, os quais apresentavam quadros de ansiedade. Dois grupos, com 30 participantes, cada, onde a intervenção ocorreu em indivíduos selecionados, aleatoriamente, demonstrou que o consumo de chá de ervas de lavanda duas vezes ao dia, de manhã e à noite foi capaz de reduzir os escores de ansiedade e depressão em idosos (BAZRAFESHAN *et al.*, 2020). Jokar *et al.* (2020) realizou um estudo com 46 mulheres na pós-menopausa, constatando que a aromaterapia com óleo essencial de lavanda a 2%, durante 20 minutos à noite é capaz de reduzir os níveis de ansiedade e depressão, tornando este método, um auxiliar no tratamento destas doenças.

A aromaterapia foi relatada, também, no estudo de Mahdoodi, Imani e Khazaei (2022), os quais utilizaram o óleo de Rosa Damascena em 80 funcionários de centro cirúrgico, no Irã. Os participantes foram divididos em dois grupos, onde um recebeu óleo de rosa damascena e outro óleo de parafina, como placebo. Foi possível verificar que o grupo que recebeu óleo de rosa damascena apresentou redução nos níveis de ansiedade e melhora da qualidade do sono, ao final dos 30 dias de análise. Isso demonstra que é possível utilizar o fitoterápico no tratamento da ansiedade, embora necessite de mais estudos para avaliar os graus da doença que são tratáveis.

Modelos de investigação clínica apontam que algumas formulações fitoterápicas melhoram os quadros de ansiedade em ratos experimentais. Assim, Elsadek e Alquraishi (2023) realizaram experimentos com o fruto do abacate em pó e em suco, sendo administrado em dois grupos de ratos, controle e teste. Houve percepção da diminuição do ganho peso pelo baixo consumo de ração, melhora dos quadros de estresse em gaiola, caracterizando melhora nos níveis de ansiedade. Isso aponta para uma possível utilização de formulações a base de abacate para tratamento da ansiedade.

A investigação dos efeitos farmacológico e farmacocinético de medicamentos fitoterápicos é importante para verificar sua eficácia em relação outros medicamentos. Com isso, Ganesan *et al.* (2021) investigou os efeitos de poliverbas no tratamento da ansiedade, comparando seu efeito farmacológico ao do alprazolam. Quando verificada a farmacocinética, a concentração plasmática, a meia vida, a depuração total e a distribuição apresentaram níveis satisfatórios, garantindo efeito ansiolítico, o que torna a withaferina-A eficaz no tratamento da ansiedade.

A *Melissa officinalis* L. (erva-cidreira) é uma planta que tem ganhado bastante importância na fabricação de fitoterápicos por promover efeito calmante. Soltanpour *et al.* (2019) procurou avaliar o efeito ansiolítico da erva-cidreira em 80 pacientes internados submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. Foram divididos dois grupos, os quais um recebeu placebo e outro cápsulas de 500mg de *Melissa officinalis* L três vezes ao dia. Verificou-se que após a intervenção, os escores de ansiedade foram menos no grupo que recebeu *Melissa officinalis* L em relação ao placebo, como também melhorou a qualidade do sono dos pacientes sete dias após a cirurgia, com 1,5g do fitoterápico sendo ingerida por dia.

O extrato etanólico das folhas de *Gynostemma pentaphyllum* Makino apresentou bons resultados, com efeito ansiolítico em modelos de camundongo e com isso, Choi *et al.* (2019) avaliou o efeito desse fitoterápico em adultos que sofre de ansiedade por estresse psicológico. A amostra foi constituída por 72 participantes, divididos em dois grupos de 36, os quais recebe-

ram 200mg de extrato de *Gynostemma pentaphyllum* Makino ou placebo. Pôde-se constatar que após a intervenção houve diminuição dos níveis aparentes de ansiedade no grupo que recebeu o fitoterápico. Isso demonstra a aplicabilidade no tratamento de quadros de estresse e ansiedade.

Embora os fitoterápicos estejam sendo utilizados em larga escala, os efeitos ansiolíticos de alguns deles ainda não são bem definidos, como aponta o estudo desenvolvido por Lopresti e Smith (2021). É o caso da *Echinacea angustifolia*, pela qual foi verificado um efeito antidepressivo e elevador do humor, mas com baixa atividade ansiolítica. Esses aspectos foram observados no estudo com 104 participantes adultos, os quais foram randomizados em dois grupos, recebendo placebo e 20 a 40mg de *Echinacea angustifolia* duas vezes ao dia. Não foi verificado diferenças significativas entre os níveis de ansiedade entre os dois grupos.

Casteleijn *et al.* (2019) aponta em seu estudo que a utilização fitoterápica precisa ser observada minuciosamente por profissionais, uma vez que seus efeitos muitas vezes não são claros. Desse modo, uma amostra de 200 pessoas acompanhadas por 15 clínicos naturopatas demonstrou que o cuidado individualizado precisa ser empregado para que haja eficácia no tratamento de quadros de ansiedade, não se tratando, apenas da sintetização de uma fórmula fitoterápica generalizada, a qual produz efeitos diversos nas pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo acerca da utilização de fitoterápicos como potenciais tratamentos para ansiedade revelou dados promissores acerca de sua aplicabilidade, uma vez que para algumas espécies pôde-se observar a redução dos níveis de estresse, ansiedade e melhora da qualidade do sono. Ficou evidente a necessidade de avaliar os aspectos farmacológicos e farmacocinéticos dos fitoterápicos utilizados para tratar ansiedade, comparando seus níveis aos de outros medicamentos utilizados, rotineiramente. Ressalta-se que a formulação deve ser adequada, observando-se sempre as dosagens a serem administradas, bem como o tempo de tratamento.

Este estudo traz a necessidade de se desenvolverem cada vez mais pesquisas sobre o uso de fitoterápicos na ansiedade, uma vez que em algumas culturas, plantas medicinais são utilizadas *in natura*, não havendo uma formulação elaborada, quimicamente, de modo que se possa obter um composto fitoquímico mais estável.

Em nenhum dos estudos analisados observou-se os aspectos de farmacovigilância para promover a segurança dos pacientes que foram submetidos a testes, o que requer maior atenção, principalmente por se tratar em grande parte de processos experimentais, envolvendo seres humanos.

Dessa forma, abre-se precedentes para novos questionamentos acerca do tema, incentivando pesquisadores a aprofundarem os estudos sobre novos fitoterápicos, novas fórmulas para os já existentes, seja para auxiliar no tratamento da ansiedade ou para substituir tratamentos menos eficazes.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Thaysa; ALMEIDA, Bruna. O uso de fitoterápicos no tratamento de ansiedade. Repositório Faculdade Laboro. 2020. Disponível em: <http://repositorio.laboro.edu.br:8080/jspui/handle/123456789/138>. Acesso em: 23 ago. 2022.
- ARAÚJO, Laiz Franciely *et al.* Tratamento transtornos de ansiedade numa perspectiva da fitoterapia. *Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa*, v. 33, n. 64, p. 95-104, 2018.
- BAZRAFSHAN, Mohammad-Rafi *et al.* The effect of lavender herbal tea on the anxiety and depression of the elderly: A randomized clinical trial. *Complementary therapies in medicine*, v. 50, p. 102393, 2020.
- CARVALHO, Luzia Gomes; LEITE, Samuel da Costa; COSTA, Débora de Alencar Franco. Principais fitoterápicos e demais medicamentos utilizados no tratamento de ansiedade e depressão. *Revista de Casos e Consultoria*, v. 12, n. 1, p. e25178-e25178, 2021.
- CASTELEIJN, David *et al.* A naturalistic study of herbal medicine for self-reported depression and/or anxiety a protocol. *Integrative medicine research*, v. 8, n. 2, p. 123-128, 2019.
- CHOI, Eun-Kyung *et al.* Supplementation with extract of *Gynostemma pentaphyllum* leaves reduces anxiety in healthy subjects with chronic psychological stress: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Phytomedicine*, v. 52, p. 198-205, 2019.
- CORREA, Regianne Maciel dos Santos *et al.* Saúde mental e atenção farmacêutica: uso de plantas medicinais e fitoterápicos nos transtornos de ansiedade. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 6, p. e52911628930-e52911628930, 2022.
- ELSADEK, Mohamed Farouk; ALQURAIISHI, Mohammed Ibrahim. Investigating the Avocado (*Persea americana*) fruit's anti-anxiety potentials in rat models. *Journal of King Saud University-Science*, v. 35, n. 2, p. 102504, 2023.
- FIROOZEI, Toktam Sadat *et al.* Lavender and dodder combined herbal syrup versus citalopram in major depressive disorder with anxious distress: A double-blind randomized trial. *Journal of Integrative Medicine*, v. 18, n. 5, p. 409-415, 2020.
- GANESAN, Rajanandh Muhasaparur *et al.* Pharmacological and pharmacokinetic effect of a polyherbal combination with *Withania somnifera* (L.) Dunal for the management of anxiety. *Journal of Ethnopharmacology*, v. 265, p. 113337, 2021.
- JOKAR, Mozhgan *et al.* The Effects of inhalation lavender aromatherapy on postmenopausal women's depression and anxiety: a randomized clinical trial. *The Journal for Nurse Practitioners*, v. 16, n. 8, p. 617-622, 2020.
- KELL, Graham; RAO, A.; KATSIKITIS, Mary. A randomised placebo controlled clinical trial on the efficacy of *Caralluma fimbriata* supplement for reducing anxiety and stress in healthy adults over eight weeks. *Journal of Affective Disorders*, v. 246, p. 619-626, 2019.
- LOPES, Joana de Carvalho Fernandes. Prescrição farmacêutica de fitoterápicos para o tratamento da ansiedade: uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Cuité-PB. 2021. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/21495>. Acesso em: 23 ago. 2022.

- LOPRESTI, Adrian L.; SMITH, Stephen J. An investigation into the anxiety-relieving and mood-enhancing effects of *Echinacea angustifolia* (EP107™): A randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Affective Disorders*, v. 293, p. 229-237, 2021.
- MAHDOOD, Bahareh; IMANI, Behzad; KHAZAEI, Salman. Effects of inhalation aromatherapy with *Rosa damascena* (Damask rose) on the state anxiety and sleep quality of operating room personnel during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, v. 37, n. 4, p. 493-500, 2022.
- MANGOLINI, Vitor Iglesias; ANDRADE, Laura Helena; WANG, Yuan-Pang. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. *Revista de Medicina*, v. 98, n. 6, p. 415-422, 2019.
- NÓBREGA, José Cândido da Silva *et al.* Plantas medicinais no tratamento de ansiedade e depressão: Uma revisão. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, p. e5511124024-e5511124024, 2022.
- RIO GRANDE DO SUL, UFRGS (Telessaúde). Telecondutas - Transtornos de Ansiedade, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno Obsessivo-compulsivo. Porto Alegre-RS. 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Ansiedade_20170331.pdf. Acesso em: 23 ago. 2022.
- RODRIGUES, Antonio Rony da Silva Pereira. Fitoterapia no auxílio ao controle e tratamento da ansiedade—uma revisão integrativa de literatura. *Revista de Casos e Consultoria*, v. 13, n. 1, 2022.
- SANTOS, Raiana da Silva; SILVA, Suelleide de Sousa; VASCONCELOS, Tiberio Cesar Lima. Aplicação de plantas medicinais no tratamento da ansiedade: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 5, p. 52060-52074, 2021.
- SOARES, A. J. S. *et al.* Potencialidades da prática da atenção farmacêutica no uso de fitoterápicos e plantas medicinais. *Journal Of Applied Pharmaceutical Sciences*. Minas Gerais, p. 10-21, 2020.
- SOLTANPOUR, Alireza *et al.* Effects of *Melissa officinalis* on anxiety and sleep quality in patients undergoing coronary artery bypass surgery: A double-blind randomized placebo controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, v. 28, p. 27-32, 2019.



Incidência e distribuição espacial da malária em gestantes da cidade de Porto Velho

João Victor Almeida de Oliveira
Gustavo Trindade Hitzschky Pinto
Vichor Henrique Kemp
Andre Luiz Ferreira da Silva
Gilmar Nascimento

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.14

INTRODUÇÃO

A malária é uma doença causada por um protozoário do gênero *Plasmodium* e sua transmissão ocorre através do mosquito fêmea do gênero *Anopheles*. Existem diversas espécies de *Plasmodium*, como *P. vivax*, *P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale* e a *P. Knowlesi*, mas, somente as três primeiras estão presentes no Brasil. Em relação à etiologia, há um ciclo entre o homem, hospedeiro definitivo da doença, plasmódio e o mosquito, o qual, em seu início, é possível identificar os primeiros sintomas clínicos, como: febre alta, calafrios e sudorese (MONTEIRO, FERNANDES, RIBEIRO, 2013).

Nesse sentido, é uma doença predominante da região Amazônica devido a quantidade de chuva na região, presença de vetores e índices de populações, serem todos elevados, culminando na proliferação do mosquito. A Amazônia Legal é uma região com grande índice de casos de Malária no Brasil, sendo evidentes 99,7% dos casos totais do país e 106 cidades se encontram em alto risco para a doença. Dando ênfase para a cidade de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia, foi observado elevados números de casos notificados da doença (MARCQUES, 2018).

Ademais, segundo Saraiva *et al.* (2009), cerca de 99,5% dos casos de infecção por malária no Brasil ocorrem na Amazônia Legal - área que corresponde aos estados do Amazonas, Roraima, Rondônia, Pará, Amapá, Acre, Tocantins, Mato Grosso e parte significativa do Maranhão - sendo esta área considerada uma região endêmica. Nos anos de 2003 e 2004 os municípios de Manaus-AM e Porto Velho-RO concentraram juntos, 26,9% e 22,9% dos casos de malária da Região Amazônica, respectivamente. Esse fato foi observado em decorrência da extensa migração para estes municípios e concentração de pessoas em regiões periféricas, locais com altos índices de infecção.

As áreas urbanas que apresentam maior risco de transmissão dessa parasitose possuem como principais características a proximidade à floresta tropical úmida, principalmente em grupo de trabalhadores, populações migrantes ou pessoas que apresentam baixa imunidade e expostas às altas densidades de *Anopheles darlingi* e em mordias em condições precárias. Geralmente, nesses locais e nestas condições ocorre uma alta prevalência do *Plasmodium falciparum*, segundo Saraiva *et al.* (2009).

Sobre os altos índices de contaminação observados nos municípios de Manaus-AM e Porto Velho-RO, podemos afirmar que:

Os surtos da malária surgem em função da aglomeração de indivíduos em habitações precárias ou simples abrigos, onde estão reunidos os elos da cadeia epidemiológica da malária, ou seja, os portadores do plasmódio, vetores e indivíduos suscetíveis. As coleções hídricas artificiais constituídas de barragens e tanques de piscicultura têm se configurado como importantes criadouros permanentes de mosquito transmissor da malária, devendo ser considerados entre os fatores ambientais de riscos passíveis de intervenções. Saraiva *et al.* (2009).

A malária é uma parasitose febril, aguda e sistêmica que apresenta transmissão vetorial. Sua infecção ocorre de forma alternada onde um hospedeiro do gametócito, a forma infectante para o mosquito, seja picado e transfira o *plasmodium* para o portador invertebrado, o qual irá disseminar o parasita nas proximidades do local inicial da infecção. A principal espécie vetora no Brasil é o *Anopheles (Nyssorhynchus) darlingi*. Existem três espécies de protozoários causa-

dores da malária em seres humanos nas Américas Central e do Sul, sendo elas o *Plasmodium vivax*, o *Plasmodium falciparum* e o *Plasmodium malariae* (SARAIVA *et al.*, 2009).

Segundo dados apresentados pelo Ministério da Saúde, a malária apresenta como principais sintomas a febre alta, calafrios, tremores, sudorese, dor de cabeça, tais sintomas podem ocorrer de forma cíclica. Além disso, as pessoas infectadas podem apresentar náuseas, vômitos, cansaço e falta de apetite. Em pacientes com a imunidade precária esta doença pode evoluir para a forma grave e apresentar sintomas como prostração, alteração da consciência, dispneia e taquipneia, convulsões, hipotensão ou choque e hemorragia.

As características clínicas da malária na gestante diferem quando a mulher já adquiriu uma imunidade durante a vida e a epidemiologia da região. Chagas (2009) afirma que pessoas que vivem em regiões de alta transmissão da malária vão desenvolver febre, do mesmo modo as gestantes que já adquiriram imunidade.

Contudo, ao levar em consideração as gestantes, sabe-se que muitas situações podem acontecer e levar a interrupção precoce do feto. Assim, entre alguns contextos epidemiológicos que levam a esse fato, tem a malária. A cada ano, cerca de 50 milhões de mulheres que habitam em áreas endêmicas de malária, engravidam e estão sujeitas a enfrentarem essa parasitose e conseqüentemente suas complicações. Segundo dados epidemiológicos, em torno de 100.000 óbitos/ano maternos e 20.000 mortes/ano de crianças menores de um ano, ocorrem quando mães são infectadas pelos plasmódios (CHAGAS, 2009).

Segundo Chagas (2009), a mulher grávida tem uma imunidade alterada durante a gestação e a placenta estar localizada em um lugar de multiplicação do parasita, o que torna mais suscetível a infecção e as formas graves da doença. Levando em consideração as crianças, aumenta o risco de natimortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer, aborto espontâneo e mortalidade infantil.

É válido salientar que a gestante infectada apresenta maior suscetibilidade para o desenvolvimento de anemia, uma vez que a mulher grávida apresenta uma necessidade maior de células sanguíneas e nutrientes para suprir o feto, e a malária gera um elevado índice de hemólise, além de comprometer a hematopoese. A infecção pode gerar ainda insuficiência renal e a insuficiência respiratória aguda, a qual pode vir ou não acompanhada de edema pulmonar (LIMA, 2017).

Segundo Lima (2017), outras conseqüências da malária durante a gestação incluem alterações cerebrais, tais como a perda ou alteração no estado de consciência da paciente; incapacidade de circulação sanguínea e queda na pressão arterial, gerando um estado de choque cardiogênico e, por fim, há um risco elevado de a paciente desenvolver distúrbio de coagulação disseminada, podendo gerar uma hemorragia disseminada e culminar em um choque hipovolêmico.

Sabe-se que a malária é uma doença muito perigosa quando infecta gestante, pois os riscos de mortalidade fetal e materna são grandes. Através de estudos feitos, a alteração no curso da gestação ocorre mais em infecções na fase aguda, sendo ela a ameaça da interrupção da gravidez. Notou também, que as mulheres na faixa etária jovem, no segundo trimestre e que já possuem gestações anteriores, ocorrem mais complicações materno-fetal, tornando um fator de risco (CHAGAS, 2009).

É importante o cuidado das gestantes quando habitam em regiões endêmicas, pois a gravidez torna a imunidade mais frágil e leva a morte rapidamente. Assim que diagnosticada com essa parasitose, é importantes buscar o tratamento adequado para assim não levar em risco a vida materno-fetal.

JUSTIFICATIVA

A malária é uma doença que preocupa a saúde pública pela sua grande abrangência de infecção, bem como sua rápida evolução e fortes complicações acarretadas. Dessa forma, tendo em vista que essa enfermidade faz parte do grupo de doenças tropicais, sabe-se que ela ainda é muito recorrente na região Amazônica, devido ao clima chuvoso e quente. Nesse sentido, consequentemente o município de Porto Velho- RO, também detém numerosos casos de infecção por *P. falciparum*, abrangendo desde crianças e grávidas, até idosos.

As mulheres grávidas são vulneráveis à malária porque o seu estado de imunidade se modifica durante a gestação, tornando-a mais suscetível às alterações no curso da gravidez. Infecção malárica em gestantes ocorre, principalmente, em mulheres jovens infectadas pelo *P. vivax*, sendo a plaquetopenia e a anemia as principais alterações hematológicas, causadas, em especial pela forma *P. falciparum*;

Dessa maneira, sabe-se que mulheres gestantes possuem maior vulnerabilidade a infecções, e, se houver contaminação pelo mosquito *Anopheles* carregando o protozoário causador da malária, essa está sujeita a ter intensas complicações, tanto em sua própria saúde, quanto à do bebê. Sendo assim, o intuito desse trabalho é evidenciar o agente causador da malária na gestante, bem como o melhor tratamento, mostrando a diferença dos medicamentos utilizados em cada indivíduo preconizando a gestante e conhecimento sobre cuidados e os riscos durante a gravidez, para que haja, então, devida atenção, cautela e entendimento das melhores medidas a serem tomadas eminentemente.

OBJETIVO

Objetivo Geral

Avaliar a incidência de forma de distribuição geográfica da Malária em gestante em Porto Velho – RO, bem como o *Plasmodium* predominante e o tratamento eficaz para cada situação.

Objetivos Específicos

- Apresentar um mapeamento, por região de saúde, dos casos de malária em gestantes presentes na cidade de Porto Velho-RO.
- Avaliar as regiões com maior incidência desta doença, bem como as possíveis causas deste fenômeno e a espécie que mais acomete.
- Evidenciar as formas de tratamento de cada grupo de pessoas, enfatizando o modo que se deve assistir a gestante com Malária.

- Verificar os possíveis riscos aos quais tanto a mãe, quanto ao feto estão expostos ao serem acometidos por esta enfermidade. Correlacionando a gravidade da doença com a cepa da malária que a contaminou.

- Informar os agentes de Saúde sobre o predomínio da Malária na região que ele atua, como também os principais sintomas iniciais, para que assim, consigam dar maior atenção as gestantes e diminuam a evolução da doença.

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

Este trabalho será realizado por meio da pesquisa descritiva, haja vista que, segundo Gil (1999) elas têm a principal finalidade de descrever as características de uma determinada população ou estabelecer relações entre variáveis. Além disso, esse tipo de pesquisa busca discorrer detalhadamente um fenômeno ou situação que esteja acontecendo com o grupo escolhido, permitindo a compreensão das características de um indivíduo, de uma determinada situação ou um grupo, além de apurar a relação entre os eventos investigados, segundo Selltiz *et al.* (1995).

Quanto à natureza, esta pesquisa será realizada de forma quantitativa, uma vez que ela possui o objetivo de mostrar aos leitores quais são as áreas de maior incidência da doença na cidade de Porto Velho - RO, os riscos de uma gestante ser exposta a áreas endêmicas, bem como mostrar que a busca por um tratamento o mais rápido evita complicações. Assim, com o intuito de aumentar os conhecimentos dos agentes comunitários de saúde, tendo uma atenção retomada as gestantes sintomáticas evitando uma complicação para o feto ou para a mãe.

Por fim, quanto às técnicas de coleta de dados que serão aplicados nessa pesquisa documental, além da revisão bibliográfica, será aplicada a pesquisa documental, com análise dos dados presentes na plataforma do Ministério da Saúde, DATASUS. Essa técnica de coleta foi escolhida pois, segundo Lakatos e Marconi (2001), ela visa coletar dados em fontes primárias, como documentos redigidos ou não, de fontes públicas ou privadas. E ainda, de acordo com Gil (1999) esse tipo de pesquisa permite a coleta de um número expressivo de dados, os quais se apresentam dispersos pelo espaço.

Local da pesquisa

A pesquisa será realizada por meio da coleta e estudos dos dados obtidos na plataforma DATASUS, fonte de dados pública do Ministério da Saúde, a qual apresenta os dados primários, ou seja, não trabalhados, acerca dos casos de gestantes acometidas por malária na cidade de Porto Velho no estado de Rondônia.

População da amostra

A população que será estudada nesta pesquisa é composta por mulheres gestantes acometidas por malária que residem na cidade de Porto Velho no estado de Rondônia.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão são: pessoas residentes na cidade de Porto Velho, sexo feminino, gestação confirmada por diagnóstico de imagens ou sorológicos, diagnóstico de malária causada por um protozoário do gênero Plasmodium das espécies de Plasmodium, como P. vivax, P. falciparum, P. malariae, P. ovale e a P. Knowles.

Os critérios de exclusão: homens, mulheres que não tem gestação confirmada por diagnóstico de imagens ou sorológicos, não tendo o exame de malária confirmado e pessoas que residem em outras cidades que não seja do estado de Rondônia.

REFERÊNCIAS

1. CHAGAS E.C.S; NASCIMENTO C.T; SANTANA Filho F.S; BÔTTO-MENEZES C.H; MARTINEZ-ESPINOSA F.E. Malária durante a gravidez: efeito sobre o curso da gestação na região amazônica. Rev Panam Salud Publica.2009;26(3):203–08.
2. MARQUES, Renata Duarte. A dinâmica da malária urbana em Porto Velho (RO) no período de 2005 a 2015. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2018. CDD, 22.ed., 614.532.
3. FERNANDES F.B; LOPES R.G.C; MENDES Filho S.P.M. Malária grave em gestantes. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2010; 32(12):579-83.
4. OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração. Manual (pós-graduação) – Universidade Federal de Goiás, 2011. Catalão: UFG, 2011.
5. LIMA, Ada. Malária na gravidez: Projeto de pesquisa da Fapeam e FMT mostra as consequências da doença na gestante, antes e após o bebê nascer. Revista Amazonas Faz Ciência. Manaus, N°38; p.19-22; abr./jun. de 2017.
- 6.(MONTEIRO, FERNANDES, RIBEIRO, 2013) Aspectos epidemiológicos da malária na Amazônia Legal, Brasil, 2000 a 2013 / Epidemiological aspects of malaria in the Legal Amazon, Brazil, 2000 to 2013
7. GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
8. SELTZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. Métodos de pesquisa das relações sociais. São Paulo: Herder, 1965.
9. LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos metodologia científica. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.



Farmacovigilância e os erros de medicação no ambiente hospitalar para os sistemas de saúde

Juliana Fernandes da Silva Kochleitner
Douglas Nunes Vieira
Márcia Mello Costa de Liberal

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.174.15](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.174.15)

RESUMO

Os erros de medicação passaram a ocupar um lugar de destaque após relatório publicado, em 1999, quando foram relatados aumentos no número desses eventos. Os pacientes, em sua maioria, eram acometidos durante a permanência no ambiente hospitalar resultando em danos que, muitas vezes, poderiam ser evitados. Além disso, esses eventos se mostraram custosos para as instituições de atendimento à saúde. Este artigo tem por objetivo avaliar os erros de medicação para o sistema de saúde por meio da realização de uma revisão bibliográfica prospectiva e descritiva sobre a prática da Farmacovigilância. Os resultados revelaram que os riscos sempre vão existir a cada nova substância medicamentosa introduzida no mercado, mas é preciso avaliar com atenção cada desfecho secundário para identificar a implementação de barreiras e, assim, incorporar melhorias nos processos que levam à redução de eventos negativos para os indivíduos assistidos. Como conclusão, destacamos que o desenvolvimento contínuo da tecnologia da informação em saúde pode melhorar de forma significativa a segurança do paciente, incluindo soluções inovadoras, como as múltiplas estratégias que priorizam a integração pela sinergia, com o envolvimento dos cientistas, dos profissionais da saúde e dos pacientes, sempre que possível.

Palavras-chave: erros de medicação. farmacovigilância. custo e intervenção.

ABSTRACT

Medication errors came to occupy a prominent place after a report published in 1999 when increases in the number of these events were reported. Patients, for the most part, were affected during their stay in the hospital environment, resulting in damage that could have often been avoided. In addition, these events proved to be costly for healthcare institutions. This article aims to evaluate medication errors in the health system through a prospective and descriptive bibliographical review of the practice of Pharmacovigilance. The results revealed that risks will always exist with each new drug substance introduced on the market, but it is necessary to carefully evaluate each secondary outcome to identify the implementation of barriers and, thus, incorporate improvements in the processes that lead to the reduction of negative events for the users. assisted individuals. In conclusion, we emphasize that the continuous development of health information technology can significantly improve patient safety, including innovative solutions, such as multiple strategies that prioritize integration through synergy, with the involvement of scientists, health professionals, and patients whenever possible.

Keywords: medication errors. pharmacovigilance. cost and intervention.

INTRODUÇÃO

Podemos definir a farmacovigilância como sendo a ciência que abrange as atividades relacionadas à identificação, à avaliação, à compreensão e à prevenção dos efeitos adversos relacionados ao uso de medicamentos. Dessa forma, cabe a esse campo de estudo monitorar a ocorrência de eventos adversos devido à utilização de medicamentos comercializados, visando garantir, assim, os benefícios para os quais os seus usos são prescritos, com a finalidade de garantir que esses benefícios sejam tão grandes e importantes quanto qualquer problema colateral.

(SIMÕES, 1993)

Além de reações adversas dos medicamentos, a farmacovigilância possui a função de investigar outros fatores importantes, como as ocorrências que desviam os procedimentos médicos adotados da garantia da qualidade por causa da ineficácia e dos erros de medicação, incluindo o emprego de medicamentos não registrados, intoxicações, superdosagens e interações medicamentosas (BOHOMOL; RAMOS, 2007). Nesse sentido, ela ainda assume a responsabilidade pelo registro de novos medicamentos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela da qualidade, eficácia e segurança. Vale destacar que esses critérios de aprovação são comprovados por meio de estudos clínicos realizados de acordo com padrões científicos pré-determinados. (ANVISA, 2008)

O problema é que tais estudos são limitados, especialmente no que diz respeito à segurança da utilização desses produtos, uma vez que, a quantidade de indivíduos participa dessas pesquisas, durante um determinado tempo de tratamento, é limitada. Isso significa que, após o início da comercialização do medicamento, é comum que sejam observados eventos raros decorrentes de uma exposição prolongada ao seu uso. Por esse motivo, o sistema de farmacovigilância deve ser capaz de identificar todas as possíveis crises que estão relacionadas ao uso de cada substância de forma efetiva, com o propósito de prevenir possíveis danos à saúde dos pacientes medicados.

Sendo assim, o trabalho objetivou promover uma reflexão sobre o impacto dos erros de medicação ocorridos em ambiente hospitalar para os sistemas de saúde, pois, o aumento populacional associado a tantas outras variáveis como, por exemplo, a prática de hábitos não saudáveis, provocam um aumento na utilização do sistema de saúde. E, conseqüentemente, diante desse cenário, torna-se necessário um investimento maior para a manutenção do sistema atual e as instituições têm sido forçadas a rever os seus benefícios e, principalmente, os seus custos a fim de racionalizar os seus gastos (DE SOUSA, DE AQUINO E BEZERRA, 2017).

Ao mesmo tempo, vem sendo incentivada a implementação da cultura de segurança, que visa reduzir o número de eventos adversos. O Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente publicou um trabalho desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Brasília, que realizaram um levantamento, entre 2014 e 2019, dos boletins de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, assim como, das notificações realizadas pelas instituições de saúde à Anvisa. (CASSIANI *et al.*, 2010; FOGAÇA E GARCIA, 2020)

METODOLOGIA

Esta pesquisa teve início em 2021 e utilizou-se de uma revisão da literatura prospectiva por meio de pesquisa eletrônica, usando-se as bases de dados PubMed, MEDLINE, LILACS, SciELO e Google Acadêmico, e empregando-se os seguintes descritores de maneira combinada em português: erros de medicação, farmacovigilância, custo, intervenção e farmacêutico; e, em inglês: medication errors, pharmacovigilance, cost, intervention, pharmacist. (CAMARGO, SILVA; DE OLIVEIRA MENEGUETTI, 2019)

Os critérios de inclusão foram artigos completos que abordavam o tema de pesquisa, publicados entre 2011 e 2021. Foram excluídos os estudos que não investigassem o tema pro-

posto, artigos duplicados e que não atendessem aos critérios de inclusão requeridos. Na primeira etapa, foram selecionados 306 artigos mediante leitura de títulos e resumos. Na segunda etapa, realizou-se a leitura na íntegra dos 32 artigos selecionados empregando-se os critérios de inclusão e exclusão.

Portanto, a metodologia proposta para a elaboração do presente trabalho buscou ser capaz de sintetizar os estudos realizados sobre esse tema, além de agrupar os resultados com abordagens idênticas ou similares e propiciar o desenvolvimento de uma conclusão sobre o trabalho em questão. Dessa forma, a contribuição em nível acadêmico consiste em avaliar as vantagens e desvantagens de se trazer para a prática todo o conhecimento que foi amplamente investigado (POMPEO, ROSSI E GALVÃO, 2009).

RESULTADOS

Podemos considerar que a história da Farmacovigilância teve início após a morte da jovem Hannah Greener, em 1848, na Inglaterra, ao receber anestesia com clorofórmio antes da remoção de uma unha infectada (FORNASIER *et al.*, 2018). As causas da morte foram investigadas visando compreender o que havia ocorrido, de fato, com ela. Contudo, não foi possível identificar o que a matou de forma específica e, provavelmente, a sua morte se deu por causa de uma arritmia letal ou por aspiração pulmonar. Em decorrência de outras mortes, alertas foram levantados pelos médicos e pelo público sobre a segurança da anestesia. O *The Lancet Journal* criou uma comissão especial para enfrentar esse problema, solicitando aos médicos ingleses, incluindo os que atuavam nas colônias, que relatassem as mortes causadas pelos procedimentos anestésicos.

Em 1906, os Estados Unidos da América (EUA) criaram a Lei Federal de Alimentos e Medicamentos dos EUA que, basicamente, estabelecia que os medicamentos deviam ser puros e livres de qualquer contaminação. Nesse âmbito, também são contemplados os erros de medicação que são, por definição, qualquer evento evitável que possa causar ou induzir ao uso inadequado de medicamentos ou danos ao paciente enquanto o medicamento está sob os cuidados do profissional de saúde, do paciente ou do consumidor (ARONSON, 2009).

Mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu alguns dos motivos que favorecem a ocorrência dos erros de medicação relacionados aos profissionais de saúde, aos pacientes, ao ambiente de trabalho, a múltiplos fatores e, principalmente, aos medicamentos. Para os últimos, existe alta incidência de erros em relação aos nomes dos medicamentos; aos rótulos e embalagens; repetição na prescrição, processamento e autorização; e, no monitoramento dos pacientes.

Os erros de medicação podem ocorrer em qualquer etapa da cadeia medicamentosa, a saber: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, prescrição, administração e monitoramento. Eles podem aumentar o tempo de permanência dos pacientes nas instituições de saúde, o que está intimamente associado ao aumento dos custos (VILELA *et al.*, 2018.) Em 1997 foi realizado um estudo que objetivou avaliar os recursos adicionais necessários associados aos Eventos Adversos a Medicamentos (EAM). O resultado do estudo apresentou um potencial de custo de US\$ 5,6 milhões ao ano, sendo US\$ 2,595.00 por evento e o valor de US\$ 4,685.00 de eventos preveníveis (BATES *et al.*, 1998).

Essa mesma temática foi enfatizada em 1999, após o relatório americano *To err is human: building a safer health system*, que apresentou a estimativa de morte de 44 mil a 98 mil pessoas em decorrência de erros médicos que poderiam ter sido prevenidos representando, assim, um potencial custo de US\$ 2,8 milhões ao ano (SALLES, 2016). Dentre as informações publicadas, uma das características descritas é que 60% dos eventos adversos notificados ocorreram em horários com maior fluxo e movimentação nos hospitais, entre 7h e 19h (DO AMARAL BRAZ *et al.*, 2020). De forma resumida, podemos considerar que os EAM são incidentes que podem resultar em danos aos pacientes (ARONSON, 2009). Identificar e abordar quais e quantos erros de medicação ocorrem dentro do ambiente hospitalar é fundamental para garantir a segurança dos pacientes e, conseqüentemente, reduzir a taxa de ocupação dos leitos, o tempo de internação e, principalmente, os riscos de ocorrer EAM. A somatória dessas reduções vai auxiliar na redução de altos custos para o sistema de saúde (ARONSON, 2009).

É importante destacar que, graças à essa preocupação e às medidas preventivas, a segurança dos pacientes vem ganhando mais espaço dentro do ambiente hospitalar, com destaque para o desenvolvimento de um olhar para os erros de medicação. Abordar esse tema é relevante, pois quanto maior for o número de erros de medicação, maior será o custo para a instituição.

Para facilitar o cumprimento das obrigações de farmacovigilância e encorajar os pacientes e os profissionais de saúde a relatarem os ocorridos, para fins regulatórios, uma nova definição de erro de medicação foi proposta como sendo uma falha não intencional no processo de tratamento medicamentoso que leva ou tem o potencial de causar danos ao paciente. Essa falha deve ser interpretada como erro humano ou mediado pelo processo, em vez da falta de eficácia de um medicamento. Já, para fins de registro e relatório de vigilância farmacêutica, os conceitos de overdose intencional, o uso off-label, o mau uso e o abuso precisam ser claramente diferenciados de erros de medicação.

Em 1995, foi criada a Agência Europeia de Medicamentos (AEM) com o objetivo de gerir e analisar informações sobre suspeitas de reações adversas a medicamentos que tenham sido autorizados para o mercado ou que ainda estivessem sendo estudados em ensaios clínicos europeus. Mas a principal mudança na área da Farmacovigilância Europeia foi observada com a legislação (Diretiva 2010/84/EU), em 2012, sendo as principais alterações: definição de reações adversas a medicamentos (RAM); maior envolvimento dos doentes e cidadãos nas atividades de Farmacovigilância; reforço da base de dados da AEM contendo notificações de suspeitas de reações relatadas por todos os Estados Membros da UE; aumento da transparência e tempestividade de informações importantes sobre problemas de Farmacovigilância; obrigação de “monitorização adicional” para os produtos constantes da lista específica mantida pela AEM; possibilidade de impor novos estudos de segurança e/ou eficácia aos certificados de autorização de introdução dos medicamentos no mercado; e, o estabelecimento dentro da AEM do Comitê de Avaliação de Risco de Farmacovigilância.

De forma particular, a alteração mais relevante consiste na nova definição de RAM, ou seja, *Resposta nociva e não intencional a um medicamento*. De fato, a partir dessa definição, foram cobertos quaisquer efeitos adversos resultantes da utilização de um medicamento, bem como os erros de medicação e utilizações fora dos termos da autorização de introdução no mercado, incluindo o uso indevido e abusivo das substâncias medicamentosas. Com isso, o sistema se baseia na notificação espontânea de eventos adversos, que é o método mais universal,

abrangente e menos dispendioso de Farmacovigilância, que tem demonstrado resultados importantes na detecção de reações adversas, especialmente no caso das reações raras.

Certamente, os sistemas de Farmacovigilância ganharam maior amplitude e eficiência com a incorporação das novas tecnologias da informática e de análises. Em nível internacional, existe o Programa de Farmacovigilância da Organização Mundial de Saúde e a sua estruturação teve início nas Assembleias Mundiais de Saúde de 1962 e 1963, quando foram aprovadas as resoluções para a criação de um programa de promoção da segurança e eficácia dos medicamentos. Em 1968, 10 países já tinham um programa de intercâmbio de informações de Farmacovigilância e, desde 1978, o Programa passou a ser coordenado pelo Uppsala Monitoring Center, na Suécia, sob responsabilidade da OMS. Desde 2009, já são mais de 95 países membros e 28 países associados, com dezenas de programas nacionais e locais de farmacovigilância que recebem e processam notificações e encaminham informações para centros maiores, onde elas são acumuladas em bancos de dados analisados sistematicamente.

Em termos de legislação, a farmacovigilância foi implementada no Brasil com a Lei 9.782 de 1999, que deu origem à ANVISA, com a função de estabelecer, coordenar e monitorar os sistemas de vigilância toxicológica e farmacológica. Em 2001, foi criada a Unidade de Farmacovigilância da Agência e o Centro Nacional de Monitoramento de Medicamentos. No mesmo ano, o Brasil foi o 62º país a se tornar membro do Programa de Farmacovigilância da OMS. A criação de uma Unidade específica da agência para tratar do tema teve como principais estratégias a criação de Centros Regionais em parceria com as ANVISA estaduais, Universidades e outras Instituições que analisam a segurança de medicamentos, a promoção de educação continuada no âmbito do setor, bem como a criação da Rede de Hospitais Sentinelas, voltada para o uso seguro e a vigilância de medicamentos, incluindo o credenciamento de Farmácias Notificadoras. (RIGO; NISHIYAMA, 2005)

Vale destacar que, na última década, houve uma conscientização crescente de que o escopo da farmacovigilância deveria ser estendido além dos limites rígidos da identificação de novos sinais relacionados à segurança. Com a globalização, explosão do livre comércio, comunicação entre fronteiras e o uso crescente da Internet, houve uma mudança estrutural do acesso a todos os medicamentos e às informações sobre eles. Essas mudanças fizeram surgir novos tipos de questões relativas à segurança, como a venda ilegal de medicamentos e drogas de abuso pela Internet; a prática crescente de automedicação; as práticas irracionais e, potencialmente, inseguras de doação de medicamentos; a ampla fabricação e venda de medicamentos falsificados e de baixa qualidade; dentre outras.

Muitas outras questões também são importantes para a ciência, como os medicamentos de baixa qualidade, os erros de medicação, as notificações de perda de eficácia, o uso de medicamentos para indicações não aprovadas e para as quais não há base científica adequada (off label use), incluindo as notificações de casos de intoxicação aguda e crônica, a avaliação da mortalidade relacionada a medicamentos, o abuso e uso indevido de medicamentos e as interações medicamentosas adversas com substâncias químicas, outros medicamentos e alimentos.

Assim, podemos considerar que os objetivos específicos de farmacovigilância consistem no aperfeiçoamento do cuidado com o paciente e na segurança em relação ao uso de medicamentos e a todas as intervenções médicas e paramédicas, na melhoria da saúde pública e na segurança em relação ao uso de medicamentos, contribuindo para a avaliação dos benefícios,

dos danos, da efetividade e dos riscos dos medicamentos para incentivar a sua utilização de forma segura, racional e mais efetiva, incluindo aqui a relação uso custo-efetivo, além de estimular a compreensão, a educação e capacitação clínica em farmacovigilância e a sua comunicação efetiva com o público.

DISCUSSÃO

Pelo exposto, é possível perceber que usar medicamentos e prescrevê-los está entre as atividades mais comuns das pessoas que não se sentem bem e entre aqueles que se importam com elas. Portanto, é necessário que esses medicamentos sejam mantidos sob vigilância, em padrões de exigência, iguais aos medicamentos em desenvolvimento e sob avaliação. De igual modo, os hábitos de prescrição, extensão do uso racional e seu custo-efetivo precisam ser revisitos de maneira periódica. Vale destacar que os cientistas, os clínicos gerais, as empresas farmacêuticas, os pesquisadores de medicamentos, os reguladores e, também, os responsáveis pela criação e pela manutenção de políticas públicas, bem como os pacientes e o público em geral, possuem seus próprios papéis complementares a serem desempenhados para que possamos assegurar que a farmacovigilância contribua com a redução de danos à saúde da sociedade.

Nesse processo, podemos observar que as questões mais importantes estão relacionadas à informação, ao compartilhamento da informação e à comunicação de forma mais abrangente. É por isso que precisamos garantir um desenvolvimento dinâmico e continuado da prática profissional moderna no atendimento à saúde, reconhecendo que as soluções para os desafios devem vir dos indivíduos e das instituições em nível mundial, inspirados e comprometidos com visão moderna e aprimorada da segurança do paciente. Nessa empreitada, cabe ao espírito colaborativo de partilha de informações e inteligência estar em sintonia com a visão e as aspirações da Declaração de Erice, proclamada em setembro de 1997, quando se reuniram em Erice, na Sicília, diversos representantes dos setores científicos, econômicos e sociais, envolvidos nas atividades de monitoramento, de avaliação e de comunicação da segurança de fármacos, incluindo os profissionais de saúde, os investigadores, os membros da comunicação social, da indústria farmacêutica e de organismos regulamentadores, além dos pacientes, dos consumidores, dos juristas e das organizações internacionais relacionadas ao bem-estar social.

No Brasil, a estruturação da Vigilância Sanitária é iniciada no século XVIII, voltada para o controle da salubridade das águas e das cidades, da prática de barbeiros, boticários e cirurgiões, da circulação de mercadorias e pessoas, com sua organização e funções com características de polícia sanitária, fiscalizadora e punitiva. Mas a partir da revolução industrial e, principalmente, após a segunda metade do século XX, com o acelerado desenvolvimento do complexo médico industrial, temos um aumento da possibilidade de cura, prevenção e controle de diversas doenças, com o mundo assistindo à introdução de novas formas de produção, circulação e consumo de bens e serviços. (MATOS, ROZENFELD E BORTOLETTO, 2002)

Estes produtos e serviços trazem novos riscos, novas incertezas e perigos e, com isso, novos desafios para a vigilância sanitária, no campo da regulação das relações de produção e de consumo. Por esses motivos, as funções da Farmacovigilância não se restringem às reações adversas, pois os problemas com medicamentos sob sua responsabilidade abrangem, também, os desvios da qualidade, os erros de medicação, a perda da efetividade, o uso de medicamentos

para indicações não aprovadas, incluindo a intoxicação aguda ou crônica, o abuso de medicamentos, as interações de medicamentos com substâncias químicas, entre outros medicamentos, e até mesmo os alimentos. Ainda na visão de Matos, Rozenfeld e Botoletto, 2002), podemos afirmar que, tanto a prevenção quanto a precaução devem ser manifestações do cuidado, pois a precaução impõe a obrigação de vigilância frente ao medo de dano, incluindo a preparação da decisão, a forma de agir e o acompanhamento das consequências.

Levando em consideração esses aspectos, podemos afirmar que a atuação da Vigilância Sanitária está voltada para a regulação do risco como um processo iterativo, que engloba o gerenciamento, a análise e a comunicação. Portanto, as áreas de regulação de risco são basicamente quatro, a saber: a de produtos, incluindo alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes e outros de interesse da saúde; a de serviços de saúde e de interesse da saúde; a dos ambientes, incluído o do trabalho; e, a área de circulação de mercadorias e de pessoas. Sendo assim, a Farmacovigilância está relacionada ao risco associado à utilização de medicamentos nos ambientes hospitalares ou onde haja riscos potenciais ou ameaças de agravo à saúde individual ou à saúde coletiva, no que se refere à eficácia, à segurança, à qualidade ou à informação sobre medicamentos.

Vale destacar que as ações de vigilância sanitária de medicamentos abrangem todo o ciclo de vida desses produtos, antes mesmo da produção até o consumo e os seus efeitos, avaliando a eficácia e a segurança dos medicamentos na fase de pré-registro, relativa aos ensaios pré-clínicos e clínicos, além de monitorar de forma contínua a efetividade e a segurança dos medicamentos na fase de pós-comercialização como uma ferramenta essencial ao bem-estar da sociedade que faz uso desses produtos para melhorar a saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois da pesquisa realizada, foi possível perceber que, para todos os medicamentos, existe uma relação entre os benefícios e o potencial para danos. Para minimizá-los é necessário que os medicamentos sejam de boa qualidade, apresentem segurança e eficácia, mas, principalmente, que sejam usados racionalmente e que as expectativas e preocupações do paciente sejam levadas em conta quando decisões terapêuticas são tomadas. Alcançar esse patamar significa servir à saúde pública e alimentar o senso de confiança dos pacientes nos medicamentos que utilizam, estendendo esse sentimento aos serviços de atendimento à saúde de maneira geral.

Nossa pesquisa destacou, ainda, lacunas de evidências para intervenções, mais particularmente, em ambientes de poucos recursos, em países de baixa renda ou em ambos os casos. Para tanto, são necessários novos estudos experimentais e quase-experimentais antes de decidir a melhor estratégia a ser ampliada. Nesse sentido, é preciso encontrar as intervenções mais impactantes na tentativa de reduzir os erros de medicação por meio de teorias e práticas capazes de compará-los em configurações diferentes e populações estratificadas para incluir as informações mais críticas tanto para os pacientes quanto para os sistemas de saúde em futuras empreitadas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Diretrizes para o Gerenciamento do Risco em Farmacovigilância. 2008.

ARONSON, Jeffrey K. Medication errors: what they are, how they happen, and how to avoid them. *QJM: An International Journal of Medicine*, v. 102, n. 8, p. 513-521, 2009.

BATES, DAVID W. *et al.* The Costs of Adverse Drug Events in Hospitalized Patients. *Survey of Anesthesiology*, v. 42, n. 1, p. 16, 1998.

BOHOMOL, Elena; RAMOS, Laís Helena. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 60, p. 32-36, 2007.

CAMARGO, Luís Marcelo Aranha; SILVA, Romeu Paulo Martins; DE OLIVEIRA MENEGUETTI, Dionatas Ulises. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de coorte ou coorte prospectivo e retrospectivo. *Journal of Human Growth and Development*, v. 29, n. 3, p. 433, 2019.

CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli *et al.* Hospitais e medicamentos: impacto na segurança dos pacientes. 2010.

DE SOUSA, Islândia Maria Carvalho; DE AQUINO, Camilla Maria Ferreira; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Custo-efetividade em práticas integrativas e complementares: diferentes paradigmas. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750*, v. 8, n. 2, p. 343-350, 2017.

DO AMARAL BRAZ, Mariana Nunes *et al.* Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, v. 8, n. 4, p. 37-46, 2020.

FOGAÇA, Fabiane Cristina; GARCIA, Marize Aparecida Theobaldo. Segurança do paciente no ambiente hospitalar: Os avanços na prevenção de eventos adversos no sistema de medicação. *Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da FAIT*, v. 2, p. 1-15, 2020.

FORNASIER, Giulia *et al.* An historical overview over Pharmacovigilance. *International journal of clinical pharmacy*, v. 40, p. 744-747, 2018.

MATOS, Guacira Corrêa de; ROZENFELD, Suely; BORTOLETTO, Maria Elide. Intoxicações medicamentosas em crianças menores de cinco anos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 2, p. 167-176, 2002.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lídia Aparecida; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta paulista de enfermagem*, v. 22, p. 434-438, 2009.

RIGO, Késia Gemima Palma; NISHIYAMA, Paula. A evolução da farmacovigilância no Brasil. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 27, n. 2, p. 131-135, 2005.

SALLES, Luisa de Andrade. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: uma revisão bibliográfica. 2016.

SIMÕES, Maria Jacira Silva. A IMPORTÂNCIA DE FARMACOVIGILÂNCIA. *Infarma-Ciências Farmacêuticas*, v. 2, n. 5, p. 14, 1993.

VILELA, Renata Prado Bereta *et al.* Custo do erro de medicação e eventos adversos à medicação na cadeia medicamentosa: uma revisão integrativa. *JBES: Brazilian Journal of Health Economics/Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, v. 10, n. 2, 2018.



**Formação de um Gabinete de Crise
COVID – 19 para enfrentamento da
pandemia no município de Diamantina,
Minas Gerais: Relato de experiência**

Liliany Mara Silva Carvalho

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.16

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou situação de pandemia diante da rápida propagação da doença causada pelo coronavírus. Sendo assim foi pioneiramente criado no município de Diamantina, Minas Gerais um Gabinete de Crise COVID-19. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da implantação e execução do Gabinete de Crise COVID – 19 do município de Diamantina, Minas Gerais, bem como seus desdobramentos. Foram utilizados como fonte de dados documentos públicos como ata de reuniões do Gabinete de Crise COVID – 19 do município de Diamantina e decretos municipais. Concluiu-se que a instauração de um Gabinete de Crise COVID-19 de modo rápido foi relevante para o enfrentamento da pandemia no município de Diamantina, Minas Gerais contribuindo, dentre outros, para que a taxa de letalidade de Diamantina (1,7%) estivesse abaixo da média estadual (2,56%) e nacional (2,79%), bem como a taxa mortalidade 100 mil/hab de Diamantina (133) também fosse inferior ao estado (222) e Brasil (228).

Palavras-chave: COVID-19. gabinete de crise. diamantina.

INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, Província de Hubei, China, foi notificado um aglomerado de 27 casos de síndrome respiratória aguda (SRA) de etiologia desconhecida, dos quais sete apresentaram evolução clínica grave. Os casos possuíam vínculo epidemiológico entre si e exposição a um mercado de produtos marinhos (MINAS GERAIS, 2020). A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou situação de pandemia diante da rápida propagação da doença causada pelo coronavírus. A pandemia afeta de várias, e mundialmente, a sociedade (LUCENA; SENA, 2020).

Em 30/01/2020, diante da realidade de disseminação mundial do novo coronavírus, que naquele momento já havia sido notificado em 18 países, além da China, e com transmissão pessoa a pessoa confirmada em três deles, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (MINAS GERAIS, 2020).

Em 03 de fevereiro de 2020 foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2): Portaria GM/MS Nº 188, 03/02/2020 (MINAS GERAIS, 2020).

O Estado de Minas Gerais publicou em março o Decreto nº 113, de 12 de março de 2020, que declara Situação de Emergência em Saúde Pública no Estado em razão de surto de doença respiratória – 1.5.1.1.0 – Coronavírus e dispõe sobre as medidas para seu enfrentamento, previstas na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 (MINAS GERAIS, 2020).

Diante da Emergência de Saúde Pública do Novo Coronavírus - COVID-19 e com base nas informações e recomendações disponibilizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Diamantina, apresenta o Plano Municipal de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus. O presente documento foi elaborado com a participação da Vigilância Epidemiológica e a Gestão do SUS no Município.

O Município de Diamantina Decretou Estado de Emergência em Saúde Pública, confor-

me Decreto nº 133, de 16 de março de 2020, considerando a necessidade de atuação do Poder Público para mitigar os efeitos da Pandemia no âmbito municipal.

Criou-se também o Gabinete de Crise (Decreto nº 133, 16 de março de 2020), no intuito de discutir coletivamente e gerenciar, no âmbito municipal, a emergência em saúde pública declarada, composto pelos membros acima citados e chefiado pelo Prefeito, que vigorará enquanto perdurar o estado de emergência causado pelo Coronavírus.

Importante salientar que o Município é uma Macro Região de Saúde induzida devido a sua localização geográfica e, atualmente, a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, cuja sede é Diamantina, composta por 34 (trinta e quatro) municípios e as seguintes micro- regiões: Diamantina, Serro, Araçuaí e Minas Novas/Turmalina/Capelinha (Micro Tripolar) e, aproximadamente 412.506 (quatrocentos e doze mil, quinhentos e seis) habitantes vivem nessa Macro Região de Saúde.

Para a Prefeitura Municipal de Diamantina, atendimento ao cidadão na entrega de políticas públicas de qualidade é sempre o objetivo finalístico da Gestão Pública, que deve primar pela modernização, eficiência, excelência e democratização de seus resultados, assegurando o princípio fundamental constitucional da cidadania.

Diante disso, foi estruturado no município de Diamantina/MG, como uma das cidades pioneiras, um Gabinete de Crise – COVID 19, que teve por objetivo, democraticamente, compartilhar as decisões que cabiam ao Executivo, bem como, ouvir os segmentos da sociedade civil para deliberar relativamente às ações de COVID – 19. Além disso, este foi um meio utilizado para disseminar informações à população.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da implantação e execução do Gabinete de Crise COVID – 19 do município de Diamantina, Minas Gerais, bem como seus desdobramentos.

METODOLOGIA

Contexto

O município de Diamantina está localizado no extremo norte da Região Central do Estado de Minas Gerais, sendo esta a região que abrange o maior número de municípios do Estado de Minas Gerais. A cidade constitui-se como porta de entrada para o Vale do Jequitinhonha, o Vale da riqueza cultural, do povo humilde e nobre, da luta e superação, mas também o Vale da pobreza e da miséria.

Distância cerca de 300 km de Belo Horizonte e 720 km de Brasília, sendo acessível pela BR-367, ligada à BR-259, que sai da BR-040 (Belo Horizonte-Brasília), na altura de Curvelo. Com área territorial quase 10 vezes maior que a capital mineira e com o desafio de administrar 10 distritos e quase 100 povoados, Diamantina hoje conta com uma população de 47.617 habitantes (IBGE, 2010).

Sendo município polo, exerce, conforme série histórica, força de atração sobre os municípios vizinhos, por concentrar volume de oferta de serviços especialmente de saúde (mas não

somente), notadamente na assistência especializada hospitalar, com estrutura e escala com potencial de expansão, numa condição de atender, além dos seus próprios municípios, aqueles provenientes de outros territórios, e sempre com comprometimento, seriedade e qualidade.

Diamantina é município polo macrorregional, pois agrega maior concentração do fluxo e do escopo pretendido para o respectivo nível de atenção, com maior abrangência na região. Nesse sentido, a macrorregião de saúde do Jequitinhonha é uma das 14 do estado de Minas Gerais, e sendo a menor delas, foi induzida estrategicamente pela necessidade de desenvolvimento social, de saúde e desempenho de Diamantina, tendo como prestadores a Santa Casa de Caridade de Diamantina e Irmandade Nossa Senhora da Saúde, ambas já bicentenárias.

Para o delineamento deste trabalho utilizou-se como fonte de dados o Decreto municipal que instituiu o Gabinete de Crise COVID – 19 no município de Diamantina, as atas de reuniões do Gabinete de Crise COVID – 19, listas de presença e Decretos que foram publicados posteriormente as reuniões como resultados das deliberações ocorridas ao longo das reuniões.

Para este estudo levou-se em consideração o período de 2020 a 2022, desde a primeira reunião ocorrida após a publicação do Decreto que institui o Gabinete de Crise COVID – 19 até a última reunião ocorrida vigente.

Os dados constantes deste trabalho são dados públicos que estão disponíveis na plataforma eletrônica da Prefeitura Municipal de Diamantina e que também podem ser encontradas de modo físico na instituição.

Para análise dos dados inicialmente realizou-se minuciosa leitura de todas as atas de reuniões do Gabinete de Crise com o objetivo de verificar se o relato registrado condizia com os Decretos emitidos, sendo assim necessário a validação de que todos os assuntos declarados em Decreto teriam sido discutido ou não pelos membros.

Em seguida todos os Decretos foram analisados e realizou-se categorização dos assuntos, que foram distribuídos em cinco temáticas de acordo com a sua frequência, levando-se em consideração as cinco temáticas mais recorrentes, sendo todos os outros pontos debatidos, que não encaixaram-se naqueles categorizados, considerados Outros.

Aspectos éticos

A presente investigação não envolve participantes humanos, espécimes ou amostras de tecidos, animais vertebrados ou embriões. Além disto, a pesquisa não envolve utilização de dados diretamente obtidos com participantes ou se baseia em informações identificáveis ou que possam acarretar riscos. Os dados utilizados nesse trabalho são provenientes de informações públicas, advindas da administração municipal. Não há nenhuma situação de risco que necessite a adoção de procedimentos legais para a sua execução (BRASIL, 2016).

RESULTADOS / RELATO DE EXPERIÊNCIA

A formação do Gabinete de Crise COVID – 19 do município de Diamantina incluiu cerca de 30 representantes, sendo eles: diretores das casas de saúde do município (Santa Casa de Caridade de Diamantina e Hospital Nossa Senhora da Saúde), Superintendência Regional de

Saúde, Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha, Câmara Municipal de Diamantina, poder judiciário, ministério público, educação (secretaria municipal de educação, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, Superintendência Regional de Ensino e instituições de ensino da rede privada), segurança pública (polícia militar, polícia civil, guarda civil municipal, polícia penal, corpo de bombeiros e tiro de guerra), instituição de longa permanência de idosos do município, ordem dos advogados do Brasil, mitra arquiocesana de Diamantina, igrejas evangélicas do município, associação comercial e industrial de Diamantina, associação dos aposentados e pensionistas de Diamantina.

A formação dinâmica do Gabinete de Crise COVID – 19 do município de Diamantina propiciou que as informações ali relacionadas fossem debatidas por diversas perspectivas, além disto colocou em questão desdobramentos que abrangiam distintos setores da sociedade civil e contribuiu para que as resoluções alcançassem um público maior, já que cada um dos componentes tinha a prerrogativa de disseminar as informações.

Entre 16 de março de 2020 e 29 de outubro de 2021 foram publicados quarenta e seis Decretos municipais, sendo um total de vinte quatro decretos no ano de 2020 e vinte e dois no ano de 2021.

Dentre todos os assuntos tratados nos Decretos os mesmos foram catalogados em seis categorias de acordo com a frequência absoluta em que foram tratados, são eles: 1 – Medidas de Funcionamento de estabelecimentos comerciais em geral; 2 – Medidas de funcionamento de eventos, reuniões, feiras, etc; 3 – Medidas de funcionamento no âmbito da administração municipal; 4 – Medidas adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde; 4 – Medidas adotadas no âmbito da rede de educação; 5 – Outros assuntos.

Todas as reuniões eram marcadas com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas para que os membros pudessem se organizar e estar presente. Os chamados foram realizados via grupo de whatsapp, sempre com apresentação da pauta.

Antes da reunião sempre havia um encontro prévio que envolvia a área técnica da Secretaria Municipal de Saúde e a administração da Prefeitura Municipal de Diamantina para que fosse realizada uma análise prévia dos indicadores, quais sejam: número de casos registrados na semana epidemiológica; procura às instituições de saúde; notificações de casos suspeitos; quantidade de testes RT PCR realizados.

Durante a reunião eram apresentados os dados da análise citada acima e apresentado o assunto ao qual se planejava decidir, como por exemplo abertura ou fechamento do comércio, em seguida procedia-se à votação por parte dos membros. Estando registrado os votos da maioria a decisão procedia para que fosse então confeccionado o Decreto.

| Decreto | Data | Assunto |
|----------------|---------------------|---|
| Decreto Nº 135 | 19 de março de 2020 | Decreta estado de emergência em saúde pública no município de Diamantina e cria Gabinete de Crise. |
| Decreto Nº 135 | 19 de março de 2020 | Dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo Municipal, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19). |

| | | |
|----------------|----------------------|---|
| Decreto Nº 136 | 19 de março de 2020 | Dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo Municipal, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19). |
| Decreto Nº 140 | 20 de março de 2020 | Dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19) no Município de Diamantina/Minas Gerais. |
| Decreto Nº 140 | 20 de março de 2020 | Dispõe sobre medidas emergenciais de restrição e acessibilidade a determinados serviços e bens públicos e privados cotidianos, bem como medidas no âmbito da Rede Municipal de Educação, a serem adotadas em todo o território do Município de Diamantina/Minas Gerais enquanto durar o estado de Calamidade Pública em decorrência da pandemia Coronavírus |
| Decreto Nº 146 | 25 de março de 2020 | Dispõe sobre medidas emergenciais de restrição e acessibilidade a serem adotadas em todo o território do Município de Diamantina/Minas Gerais enquanto durar o estado de Calamidade Pública em decorrência da pandemia Coronavírus – COVID-19. |
| Decreto Nº 174 | 20 de abril de 2020 | Declara estado de calamidade pública no município de Diamantina/Minas Gerais em decorrência da pandemia do novo coronavírus – COVID19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 175 | 20 de abril de 2020 | Estabelece novas medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento do Estado de Calamidade Pública decorrente do novo coronavírus, vetor da COVID-19. |
| Decreto Nº 176 | 20 de abril de 2020 | Altera o Decreto 135, de 19 de março de 2020, estabelece novas medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento do Estado de Calamidade Pública decorrente do novo coronavírus-vetor da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 200 | 30 de abril de 2020 | Altera os Decretos municipais Nº 98 e Nº99, ambos de 20 de fevereiro de 2020, para prorrogar parcialmente o calendário municipal para pagamento de tributos no exercício financeiro de 2020, e dá outras providências |
| Decreto Nº 201 | 30 de abril de 2020 | Estabelece novas medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento do Estado de Calamidade Pública decorrente do novo coronavírus - vetor da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 202 | 30 de abril de 2020 | Altera o Decreto 135, de 19 de março de 2020, estabelece novas medidas administrativas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento do Estado de Calamidade Pública decorrente do novo coronavírus - vetor da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 233 | 18 de maio de 2020 | Estabelece novas medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento do Estado de Calamidade Pública decorrente do novo coronavírus - vetor da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 254 | 22 de junho de 2020 | Dispõe sobre o Plano Municipal de Contingência para Enfrentamento da Doença COVID-19 causada pelo Novo Coronavírus. |
| Decreto Nº 275 | 29 de junho de 2020 | Prorroga medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento do Estado de Calamidade Pública decorrente do novo coronavírus - vetor da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 312 | 27 de julho de 2020 | Estabelece normas para o retorno parcial das atividades econômicas e não econômicas após o período de suspensão para a prevenção e enfrentamento da pandemia da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 322 | 30 de julho de 2020 | Prorroga medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento do Estado de Calamidade Pública decorrente do novo coronavírus- vetor da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 351 | 24 de agosto de 2020 | Acrescenta dispositivo ao Decreto Municipal nº312, de 27 de julho de 2020, que estabeleceu normas para o retorno parcial das atividades econômicas e não econômicas após o período de suspensão para a prevenção e enfrentamento da pandemia da COVID-19, para fazer incluíram o de atividade, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 355 | 31 de agosto de 2020 | Prorroga medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento do Estado de Calamidade Pública decorrente do novo coronavírus - vetor da COVID-19, e dá outras providências. |

| | | |
|----------------|-------------------------|--|
| Decreto Nº 381 | 30 de setembro de 2020 | Acrescenta dispositivo ao Decreto Municipal nº312, de 27 de julho de 2020, que estabeleceu normas para o retorno parcial das atividades econômicas e não econômicas após o período de suspensão para a prevenção e enfrentamento da pandemia da COVID-19, para fazer incluíram o de atividade, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 390 | 09 de outubro de 2020 | Determina a manutenção da suspensão das atividades educacionais presenciais no Município de Diamantina/Minas Gerais, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 391 | 09 de outubro de 2020 | Estabelece normas para o retorno parcial das atividades econômicas e não econômicas que especifica após o período de suspensão para a prevenção e enfrentamento da pandemia da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 459 | 21 de dezembro de 2020 | Dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19) no Município de Diamantina/Minas Gerais. |
| Decreto Nº 032 | 09 de janeiro de 2021 | Prorroga o estado de calamidade pública no município de Diamantina/Minas Gerais em decorrência da pandemia do novo Coronavírus – COVID19, declarado por meio do Decreto Nº 174, de 20 de abril de 2020, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 033 | 20 de janeiro de 2021 | Estabelece normas para o retorno parcial das atividades econômicas e não econômicas que especifica após o período de suspensão para a prevenção e enfrentamento da pandemia da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 083 | 10 de fevereiro de 2021 | Dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19) no Município de Diamantina/Minas Gerais durante o período no qual se realizaria o Carnaval de 2021. |
| Decreto Nº 114 | 22 de fevereiro de 2021 | Estabelece normas para o retorno parcial das atividades econômicas e não econômicas que especifica após o período de suspensão para a prevenção e enfrentamento da pandemia da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 132 | 08 de março de 2021 | Estabelece normas para o retorno parcial das atividades não econômicas que especifica após o período de suspensão para a prevenção e enfrentamento da pandemia da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 158 | 10 de março de 2021 | Dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19) no Município de Diamantina/Minas Gerais durante o período de 13 de março a 04 de abril de 2021. |
| Decreto Nº 199 | 05 de abril de 2021 | Prorroga os efeitos do Decreto Nº 219, de 11 de maio de 2019, que dispões sobre a adoção de medidas administrativas para contenção de gastos, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 255 | 06 de maio de 2021 | Dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19) no Município de Diamantina/Minas Gerais. |
| Decreto Nº 270 | 14 de maio de 2021 | Dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo Municipal, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19). |
| Decreto Nº 271 | 14 de maio de 2021 | Dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19) no Município de Diamantina/Minas Gerais. |
| Decreto Nº 282 | 17 de maio de 2021 | Dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19) no Município de Diamantina/Minas Gerais. |

| | | |
|----------------|-----------------------|---|
| Decreto Nº 294 | 26 de maio de 2021 | Prorroga medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento da epidemia de doença infecciosa viral e respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19) no Município de Diamantina/Minas Gerais, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 295 | 26 de maio de 2021 | Prorroga medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo Municipal, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19), e dá outras providências. |
| Decreto Nº 299 | 28 de maio de 2021 | Dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo Municipal, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19), e dá outras providências. |
| Decreto Nº 300 | 28 de maio de 2021 | Dispõe sobre o afastamento das servidoras gestantes do executivo municipal das atividades presencial durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo Coronavírus, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 301 | 31 de maio de 2021 | Retifica o Decreto número 299, de 28 de maio de 2021, que “dispõe sobre medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo Municipal, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19)”, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 312 | 07 de junho de 2021 | Prorroga medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo Municipal, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19), e dá outras providências. |
| Decreto Nº 313 | 08 de junho de 2021 | Estabelece normas para o retorno parcial das atividades econômicas e não econômicas após o período de suspensão para a prevenção e enfrentamento da pandemia da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 340 | 23 de junho de 2021 | Estabelece normas para o retorno parcial das atividades econômicas e não econômicas após o período de suspensão para a prevenção e enfrentamento da pandemia da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 378 | 15 de julho de 2021 | Estabelece normas para o retorno parcial das atividades econômicas e não econômicas após o período de suspensão para a prevenção e enfrentamento da pandemia da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 401 | 09 de agosto de 2021 | Estabelece normas para o retorno parcial das atividades econômicas e não econômicas após o período de suspensão para a prevenção e enfrentamento da pandemia da COVID-19, e dá outras providências. |
| Decreto Nº 517 | 29 de outubro de 2021 | Estabelece normas para o retorno parcial das atividades econômicas e não econômicas após o período de suspensão para a prevenção e enfrentamento da pandemia da COVID-19, e dá outras providências. |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que a instauração de um Gabinete de Crise COVID-19 de modo rápido, sendo uma das cidades pioneiras nesta ação, foi relevante para o enfrentamento da pandemia no município de Diamantina, Minas Gerais. Ressaltamos que não houve em nenhum momento da pandemia colapso nos serviços de saúde diamantinenses, o que assegurou uma menor taxa de mortalidade e letalidade da doença. Além disto, as referidas taxas apresentaram a letalidade de Diamantina (1,7%) abaixo da média estadual (2,56%) e nacional (2,79%), bem como a mortalidade 100 mil/hab de Diamantina (133) também inferior ao estado (222) e Brasil (228).

O Gabinete de Crise COVID-19, atrelado a demais ações, possibilitou que a Macro Jequitinhonha com o menor número de leitos de UTI adulto do Estado (20 leitos adulto para 420 mil habitantes) durante a pandemia pudesse contar, para além dos leitos já existentes, com mais 30 leitos de UTI COVID exclusivamente adulto na Santa Casa de Caridade de Diamantina e 10

leitos de UTI COVID pediátricos no Hospital Nossa Senhora da Saúde. Além do que foi registrado no período pandêmico, pós pandemia, a macrorregião de saúde Jequitinhonha foi aquela que conseguiu continuar com o maior número de leitos de UTI convencional, aumentando a capacidade assistencial.

O credenciamento do Laboratório da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri com a FUNED, sendo o primeiro do Estado propiciou que tivéssemos ampla testagem, com mais de 95% dos casos suspeitos testados, o que conseqüentemente contribuiu para que fossem descartadas hipótese diagnóstica de casos de COVID e / ou confirmados os casos, possibilitando rápido isolamento do paciente e menor disseminação.

Realizou-se no município de Diamantina a abertura da estrutura denominada Unidade de Emergência Macro Jequitinhonha – Diamantina (UEMJ – Diamantina) possibilitando a internação de pacientes do município e região adstrita de modo rápido. É imprescindível destacar que não houve necessidade de transferência de pacientes a outras regiões.

No tocante ao fechamento, abertura e flexibilização do comércio em geral, eventos, dentre outros, foi o ponto de maior atuação do Gabinete de Crise, haja vista que membros de distintos órgãos da sociedade civil contribuíram para a avaliação do melhor a ser executado naquele momento, concluímos que houve uma redução importante e contínua no número de casos após as medidas restritivas deliberados por meio deste Gabinete. Além disto, a responsabilidade era compartilhada, não cabendo somente ao executivo uma decisão unilateral que impactava na economia do município e ainda na satisfação dos comerciantes em geral.

Ainda pelo seu caráter dinâmico e de representações distintas em sua composição o Gabinete de Crise COVID – 2019 foi essencial na disseminação de informações relacionadas à vacinação. À cada reunião os membros se inteiravam das etapas da vacinação e possibilitavam assim que a população estivesse corretamente informada.

Por fim, destacamos que foi relevante que membros da sociedade civil tivessem conhecimentos de dados e ações tomadas pelo executivo, bem como, que partilhassem das tomadas de decisões, sendo então possível aplacar fake news e permitir que as informações corretas chegassem a um maior número de pessoas, uma vez que aquilo que fosse por este grupo deliberado era levado às instâncias, como por exemplo igrejas, escolas, presídio, comércio, etc.

O estudo apresentou como limitação o número reduzido de publicações e escassa experiência prática similar acerca da COVID-19, devido ao ineditismo da temática em questão. Desta forma, a socialização desta experiência de ações de enfrentamento a COVID-19 é fundamental para a compreensão das vantagens que os municípios podem trazer para os serviços de saúde não apenas em tempos de pandemia, pois possibilitam o alcance de melhores resultados se compartilhadas e desenvolvidas com a colaboração e cooperação de todos.

REFERÊNCIAS

LUCENA, J. F.; SENA, J. G. B.; Residência integrada multiprofissional em saúde e a pandemia COVID-19: um relato de experiência. Revista eletrônica acervo saúde.

MINAS GERAIS. Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - COVID-19, Minas Gerais, Fevereiro/2020. Disponível em <https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus/profissionaisdesaude>



Interfaces entre psicologia, saúde e relações raciais: mulheres negras na dupla jornada de trabalho

Bruno da Silva Campos
Amanda Resende Santos
Debora Cristina Fraga
Luciana da Silva Santos

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.17

INTRODUÇÃO

Para Arantes (2016), as relações étnico-raciais têm sido tratadas predominantemente no Brasil como um tema da História (nos estudos sobre a escravidão e a reorganização do país após a abolição), da Sociologia (nas pesquisas sobre as raízes e atual configuração da sociedade brasileira), da Economia (em análises sobre perfil de renda, participação no mercado de trabalho etc.) ou do Direito (nas interpretações da Constituição e do Código Civil). Mas, apesar da evidente repercussão psicológica das questões de raça, desigualdade racial, preconceito e discriminação, o assunto foi menos investigado no âmbito da Psicologia.

De acordo com Lima (2013), no Brasil somente a partir do ano de 1990 houve o reconhecimento da existência de racismo por parte do Governo Federal (TELES, 2006). Também são recentes as discussões e mesmo a crença na existência de preconceito por parte do cidadão comum. A produção psicológica nacional parece ter sido contaminada por esse desinteresse pela temática do preconceito. Praticamente não se encontram trabalhos na psicologia brasileira sobre o tema até o início da década de 1990, diferentemente da psicologia social norte-americana que desde os anos 20 do século passado pesquisa a temática (LIMA, 2013, p. 590).

Nessa direção, Santos *et al.* (2012), descrevem três momentos do pensamento psicológico brasileiro acerca das relações étnico-raciais: o primeiro envolve o final do século XIX e começo do XX e foi marcado pela influência do pensamento da Escola Nina Rodrigues “que atribui e investiga as características psicológicas dos escravos e ex-escravos, a massa negra, considerada por uma parcela da sociedade brasileira um elemento perigoso, e, por isso, sujeito ao controle e à exclusão social; o segundo refere-se ao período de 1930 a 1950, caracterizado pela introdução da Psicologia no ensino superior e pelo debate sobre a construção sociocultural das diferenças, um momento de crítica e de desconstrução do determinismo biológico das raças na constituição do campo da Psicologia e da Psicologia social no Brasil. Vale ressaltar que nesse período, foram apresentados autores como: Raul Briquet, Arthur Ramos, Donald Pierson, Virginia Leone Bicudo, Aniela Ginsberg e Dante Moreira Leite, que estão na base da Psicologia Social brasileira e que abordaram aspectos das relações raciais, mas que, no entanto, são pouco conhecidos no cenário acadêmico (CFP, 2017).

Nessa direção, o presente estudo buscou analisar o fenômeno da jornada múltipla de trabalho de mulheres negras no contexto da dinâmica do trabalho formal em uma empresa/instituição, na rotina do trabalho doméstico e no cuidado com filhos e/ou dependentes. Foram considerados nesse estudo os aspectos sociais, de saúde mental e também o conhecimento e experiência pessoal das participantes com referência a temas como feminismo, preconceito e direitos e garantias fundamentais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para que o presente trabalho fosse concretizado, a coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica onde foi feito o levantamento de referências teóricas e públicas em artigos e páginas de web sites. Além desse recurso foram utilizadas também entrevistas semiestruturadas que consistem em um modelo mais espontâneo, com perguntas predeterminadas e o restante do processo assemelhado a uma conversa informal. As referidas entrevistas fo-

ram feitas com três participantes negras e com jornada múltipla de trabalho em local previamente acordado entre entrevistadas e entrevistadoras e com duração média de 40 minutos, tendo sido devidamente informados a todas acerca dos objetivos da pesquisa e confidencialidade sobre a identidade das participantes. Durante toda a elaboração a presente pesquisa contou com discussões e apontamentos semanais realizados entre as estudantes e o orientador, sendo pontuadas as questões sobre material, produção textual e agrupamento de informações para melhor clareza e assertividade do texto.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A discussão sobre como questões relacionadas à gênero e raça pode interferir diretamente na posição da mulher no mercado de trabalho, sua rotina de tarefas e também em suas relações pessoais mais vinculadas à sociabilidade é uma discussão necessária e muito atual. Na bibliografia pesquisada e também nos relatos das três participantes deste estudo, notam-se falas de mulheres negras que vivenciam o preconceito e as desigualdades em seu cotidiano. Se ser mulher já é difícil, imagine ter que provar ainda mais o seu valor por conta da cor da pele? A boa notícia é que existem diversas mulheres negras inspiradoras que mudaram essa realidade. A luta travada por cada uma delas em diferentes cenários abriu, e continua abrindo, espaço para que as novas gerações sejam cada vez mais ouvidas e respeitadas. E as entrevistadas desse estudo de caso são um exemplo dessas inspirações, trouxeram sua realidade e vivência para exemplificar e mostrar a força da mulher negra.

Em toda a trajetória profissional das mulheres elas são fontes de comentários sobre suas capacidades profissionais, embora sigam velhos paradigmas como: Elas nasceram para lavar, passar, e serem mães, porém a cada dia que passa um número maior de mulheres saem de seus lares em busca de colocações no mercado de trabalho, mesmo enfrentando grandes obstáculos para poderem conquistar seu espaço no mercado e quando conseguem esse espaço, algumas, são obrigadas a batalharem para serem respeitadas no ambiente de trabalho, em especial as mulheres negras que possuem dificuldades ainda maiores para obterem chances de bons empregos pelo fato da sociedade crescer o preconceito racial e o sexismo. No meio corporativo, presenciamos inúmeras situações de preconceitos contra a mulher preta, que não é reconhecida como um funcionário de valor mesmo que esteja na mesma área, fazendo a mesma coisa e entregando até mais que um homem branco e isto é comprovado quando notamos que o salário delas é 57% inferior ao dele (MOURA,2018, p.540).

“Já houve momentos em que percebi certo preconceito quando eu dizia que trabalhava com moda. Olhares e frases do tipo ‘você não tem cara de ser dessa área’, ‘tem nada a ver com você’, ‘tem certeza que é isso que você gosta como se eu não tivesse no padrão.’” (Entrevistada 1)

“Na última confraternização de final de ano do escritório que eu trabalho, nós fomos comemorar em uma pizzaria. E assim, é... foi no horário de meio dia. Eu sou uma pessoa pontual, eu nunca atraso, eu sempre chego antes. E aí eu cheguei mais cedo, uns vinte minutos antes nessa pizzaria. Aí eu cumprimentei, tinha um garçom, um rapazinho na mesa. Aí ele olhou pra mim e olhou para o relógio e falou: Uai! Você tá atrasada! Aí eu disse assim, não, eu não tô atrasada. Eu vim para a confraternização que vai começar meio dia. Ah...você não trabalha aqui

não? Então peraí que eu vou te levar lá”. (Entrevistada 2)

“Relata que estava na pracinha com as 2 filhas, e ambas são de pele clara, chegou uma senhora que estava com sua neta e perguntou se a mãe das crianças estava trabalhando, paciente 2 informou a senhora que ela era a mãe, senti rejeição e racismo profundo por parte das pessoas”. (Entrevistada 3)

Para Maria Aparecida Bento, o branqueamento é um processo político e psicológico que nasce do medo das elites brasileiras do crescimento da população negra e mestiça; refere-se à construção de uma identidade branca pela pessoa negra, que incorpora um conjunto de padrões de beleza, de atitudes e de valores visando a assemelhar-se a um modelo branco e a construir uma identidade étnico-racial positiva (BENTO, 2002 E SANTOS *et al.*, 2012).

Alinhadas a essa perspectiva, Iray Carone, Maria Aparecida Bento e Edith Pizza inauguram os estudos de branquitude e branqueamento na psicologia social brasileira (SANTOS *et al.*, 2012). O foco deixa de ser a negritude e passa a ser a branquitude, ou seja, a identidade étnico-racial que uma pessoa branca pode escolher ou não revelar: “ser branco é não ter de pensar sobre isso”. Trata-se de um modo de comportamento social a partir de uma situação estruturada de poder, baseada em uma racialidade neutra, não nomeada, percebida como não constitutiva da identidade imediata do sujeito, mas sustentada pelos privilégios sociais cotidianamente experimentados (CARONE; BENTO, 2002).

Nesse contexto, Bento (2002) estudou as manifestações da racialidade branca, denominada branquitude, nos discursos de gestores de pessoal. E, por meio das entrevistas realizadas, delineou uma série de características da branquitude, quais sejam: (1) há o reconhecimento da existência do racismo e da desigualdade racial no Brasil, porém, não se nota a discriminação vivida pelo negro cotidianamente, (2) há uma tendência para culpabilizar o negro pelas dificuldades vividas por ele, (3) o tema das relações étnico-raciais é constantemente silenciado; dessa forma, a cor da pele do branco é vivida como neutra e como a norma, (4) não se nota os negros nos espaços sociais, ou, no dizer da autora, não se nota a “parte negra do negro”, isso porque reconhecer o sujeito negro como negro significa identificá-lo como sujeito discriminado e remeter-se a si próprio como branco e cúmplice ou beneficiário de uma situação moralmente condenável (SANTOS *et al.*, 2012).

Ainda segundo a autora (2002), a branquitude é uma determinada forma de viver o mundo, garantida pelos benefícios simbólicos decorrentes do privilégio em que a hierarquia racial coloca e mantém os brancos. Desse modo, o silêncio e a omissão desse grupo são uma forma de manter a desigualdade racial. A autora chama isso de pacto narcísico, isto é, um pacto entre pessoas do mesmo grupo, no caso, os brancos, em não falar de racismo, não apontar os privilégios que o racismo deixa para os brancos, e não responsabilizar o branco pelo passado e pelo presente de discriminação (SANTOS *et al.*, 2012).

Dessa forma, Santos *et al.* (2012), destaca que os estudos sobre branqueamento e branquitude realizados pela Psicologia a partir da década de 90, ao tomarem a raça como uma construção social, evidenciam as relações de poder que essa estrutura leva: ao privilégio simbólico e material dos sujeitos brancos e aos aviltamentos relacionados aos negros em nossa sociedade. Eles mostram que, assim como as categorias de classe e de gênero, a categoria raça constitui, diferencia, hierarquiza e localiza os sujeitos em nossa sociedade. Ademais, de acordo com CFP

(2017), o racismo tem “sido uma ideologia que opera poderosamente na sociedade como motor de desigualdades que engendram as precárias condições de existência do povo negro”, configurando-se como uma grave violência estrutural e institucional presente na sociedade brasileira.

Sobre esse assunto, Achille Mbembe explica que no imaginário das sociedades europeias, tanto o negro, quanto a raça tem tido o mesmo significado, e que ambos sempre fizeram parte de um grande desencadeamento de coisas. Segundo ele, o nome ‘Negro’ assinala: “uma série de experiências históricas desoladoras, a realidade de uma vida vazia; o assombramento, para milhões de pessoas apanhadas nas redes da dominação de raça, de verem funcionar os seus corpos e pensamentos a partir de fora, e de terem sido transformadas em espectadores de qualquer coisa que era e não era a sua própria vida” (MBEMBE, 2018). Assim, é construída a noção de ‘razão negra’ como uma categoria que remete a diversas versões de um único enredo. A expressão “razão negra” se refere a um conjunto de tomada de decisões relacionadas a diferenciação entre o que seria o instinto animal e a ratio do homem, “sendo o Negro o testemunho vivo da própria impossibilidade desta separação.” (MBEMBE, 2018, p.63).

A busca da igualdade e o enfrentamento das desigualdades de gênero fazem parte da história do Brasil, história construída em diferentes espaços, por diferentes mulheres, de diferentes maneiras. Nos espaços públicos e privados, as mulheres vêm questionando as rígidas divisões entre os sexos, e estão alterando gradativamente as relações de poder entre homens e mulheres, historicamente desiguais. (...), entretanto, ainda existem muitas brasileiras que sofrem com as mais diversas formas de violência, discriminação e salários desiguais. A grande parte da população feminina ainda tem a cara da pobreza, da miséria e da falta de acesso. Isso reflete uma relação de poder desigual entre homens e mulheres na sociedade. Relação esta que deixa marcas duráveis, difíceis de combater por estarem arraigadas na sociedade (PINTO, 2006, p.02).

“Quando terminei a faculdade eu mandei currículos para várias empresas, não confio emprego em nenhuma, sempre passava no currículo mas quando viam minha foto me rejeitavam, ocorreu até um episódio em que fui indicada pela universidade após passar por um processo seletivo em que obtive a melhor pontuação, ao mandar o currículo fui informada que a vaga era minha pois eu era a cara da empresa, após o envio de minha foto a empresa não entrou mais em contato, quando fui atrás não me deram resposta, tempos depois vi pelo Instagram da empresa que haviam contratado outra jovem que tinha cabelos lisos e pele branquinha.” (Entrevistada 1)

“O mercado de trabalho para a mulher...ele é muito diferente. A gente já vê isso na entrevista de emprego. Se você fala que tem um filho, eles já te perguntam com quem vai ficar seu filho, e se ficar doente? E se o marido for em uma entrevista, não vão perguntar isso para ele, não vão fazer essa pergunta. O mercado de trabalho para mulher ainda é muito desafiador”. (Entrevistada 2)

Relata que no ambiente do trabalho tem o salário menor que funcionários homens do setor - “No meu setor são 5 mulheres e 3 homens sendo que realizamos as mesmas tarefas, porém o sexo masculino ganha um valor a mais, segundo os dizeres do hospital eles conseguem carregar qualquer tipo de paciente, por isso ganham esse valor cordial melhor que o feminino.” (Entrevistada 3).

Os estudos de Pedrero (2013), revelam que existe um padrão cultural desfavorável para as mulheres, o uso diferente do tempo por sexo é real. A maioria das mulheres adultas passam

grande parte do seu tempo envolvidas com atividades domésticas, limitando o seu acesso a outras oportunidades, já que o tempo é limitado. Essa desigualdade tem um significado importante, impactando o bem-estar das mulheres, pois a maior carga de trabalho não tem compensação econômica e nem traz algum reconhecimento. Elas desenvolvem um trabalho invisível e inibem outras oportunidades de aproveitar o seu tempo (MENDONÇA, 2021, p.15).

Ao falar sobre a saúde mental a entrevistada relata: “tive que fazer terapia muito tempo para conseguir lidar com essas adversidades.” (De acordo com a entrevistada 1)

“Quem nunca chorou debaixo do chuveiro ou abraçado no travesseiro...a gente não dá conta, é muita coisa. Eu sozinha e falando assim: Nossa! Eu não vou dar conta. E eu acredito que se em alguma etapa da vida, alguém não passou por isso, de se sentir sobrecarregada, uma hora vai passar.” (De acordo com a entrevistada 2)

“No final do dia só ficam duas palavras, o cansaço e a gratidão, cansaço por ter que dar conta de tudo e não ter tanta ajuda do esposo com os afazeres de casa, sendo que nós dois trabalhamos fora; e gratidão por ter saúde e filhas saudáveis”. (De acordo com a entrevistada 3).

A opressão, a discriminação e a humilhação social que são produzidas pelas desigualdades têm sido objeto crescente de investigação da psicologia (GONÇALVES, 2004). Nesse aspecto, recentemente o CFP, comemorou os 20 anos de lançamento da Resolução CFP nº 18/2002, cujo texto abriu frente necessária sobre o papel da Psicologia para uma prática antirracista, com importantes avanços e conquistas. Ademais, essa normativa inovou ao levar à Psicologia princípios de dispositivos legais que versam sobre os crimes de racismo, os tratados internacionais, o código de ética vigente à época e a Declaração Internacional dos Direitos Humanos, regulamentando uma postura de comprometimento de psicóloga e psicólogos com a eliminação do racismo em nossa sociedade (CFP, 2022).

Outro importante legado da Resolução 18/2002 está no compromisso ético-político assumido pela Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, que vem promovendo ações formativas e informativas sobre racismo e relações raciais, problematizando a branquitude como elemento central neste sistema de opressão. Em 2020, as Comissões de Direitos Humanos do Sistema Conselhos de Psicologia (formado pelo CFP e os 24 Conselhos Regionais) lançaram a campanha nacional “Racismo é coisa da minha cabeça ou da sua?”, com um amplo conjunto de ações voltadas a refletir e debater o tema. Um dos frutos dessa iniciativa é a recém-lançada publicação “Psicologia Brasileira na Luta Antirracista”, composta por dois volumes temáticos (CFP, 2022)

O momento é propício à psicologia para o debate rigoroso sobre as relações étnico-raciais, bem como sobre suas possibilidades como ciência e profissão de contribuir para uma maior compreensão do preconceito, da discriminação e do racismo. Ante os avanços dos marcos regulatórios (leis, decretos, portarias) e das políticas de proteção e promoção de direitos no Brasil, a psicologia vem sendo, cada vez mais, interpelada e chamada a contribuir para a compreensão das relações étnico-raciais (LIMA, 2020).

A implantação e consolidação de práticas de promoção da igualdade étnico-racial dependem do conhecimento produzido sobre os condicionantes e a dinâmica de funcionamento dos comportamentos e modos de produção de subjetividades que sustentam e perpetuam o preconceito, a discriminação e o racismo, assim como da formação de profissionais qualificados para

atuar na desinstrumentalização desses processos na vida cotidiana, pois de nada valerão leis e políticas se as relações intersubjetivas entre indivíduos e grupos no país continuarem reproduzindo modos de pensar e viver a alteridade do período pós-abolição. Assim, a psicologia tem um grande desafio: exercer um papel decisivo na superação das desigualdades no Brasil (MARTINS *et al.*, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo diante das modificações ocorridas em nossa sociedade nas últimas décadas acerca da participação ativa da mulher no mercado de trabalho, é notório que mesmo desempenhando o papel de profissional, ainda sim lhe é atribuído o trabalho doméstico como aptidão feminina e obrigação. Essa imposição ideológica se reflete na multiplicidade de tarefas atribuídas às mulheres e conseqüentemente na sensação de sobrecarga e possível adoecimento psíquico.

Trazendo essa especificidade para a vivência das mulheres negras, além das discrepâncias ocorridas nos afazeres em decorrência do gênero ainda existe a discriminação racial presente no local de trabalho formal e também nas relações sociais. Por meio dos discursos das participantes é possível notar que não se trata de uma realidade longínqua e de fatos isolados, mas de uma realidade bem atual e corriqueira.

Observa-se a relevância de estudos e discussões sobre a temática com finalidade de contribuir para a modificação da mentalidade social acerca do papel da mulher, das questões raciais e de necessidade de isonomia.

REFERÊNCIAS

ARANTES, J. T. 2016. As relações étnico-raciais sob o crivo da psicologia. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Recuperado de http://agencia.fapesp.br/as_relacoes_etnicoraciais_sob_o_crivo_da_psicologia/23466/

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. 2017. Relações Raciais: Referências Técnicas para a Prática da(o) Psicóloga(o).

LIMA, M. E. O. (2020). Psicologia Social do Preconceito e do Racismo. São Paulo: Blucher Open Access, 2020. 142p.

MENDONÇA, A. S. M.; A domesticidade feminina e o impacto na saúde mental. Orientadora: Maria Aparecida Penso. 2021. Dissertação (mestrado)- Curso de Psicologia, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2021.

PINTO, G.; Situação das mulheres negras no mercado de trabalho: uma análise dos indicadores sociais. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu –MG- Brasil, de 18-22 de setembro de 2006.

MARTINS, E.; SANTOS, Alessandro de Oliveira dos; COLOSSO, Marina. Relações étnico-raciais e psicologia: publicações em periódicos da SciELO e Lilacs.

MBEMBE, A.; *Crítica da Razão Negra*. 2018. Tradução de Sebastião Nascimento. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MOURA, R. G.; “Somos mais sofridas do que marginais” A mulher negra do mercado de trabalho”. *Revista valore, Volta Redonda*, 2018.

PEDRERO, N.M. (2013). Uso del tiempo e iniquidades de Género. Algunas Evidencias Em Tres Países Latinoamericanos. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(2), 55-62

SANTOS, A. DE O. DOS SCHUCMAN, L. V., & MARTINS, H. V. (2012). Breve histórico do pensamento psicológico brasileiro sobre relações étnico-raciais.



TEA na atualidade: considerações diagnósticas, etiológicas e legais

Maria Rosa Trindade da Silva Ribeiro

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.174.18](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.174.18)

RESUMO

O presente estudo discorre sobre a atual caracterização do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Baseia-se nas definições do DSM-V e da CID-11. O objetivo deste trabalho remete ao discernimento do que se sabe cientificamente sobre o autismo, em oposição às Fake News em volta desse transtorno. Inicia-se pelos desafios envolvendo os critérios diagnósticos, o diagnóstico diferencial e em comorbidade com outros transtornos. Adentra-se na questão da necessidade ou não necessidade de exames e escalas diagnósticas. Aborda-se a possibilidade do laudo provisório. Descreve-se o Fenótipo Ampliado do Autismo, diferenciando-o do TEA. Elencam-se possíveis causas genéticas e ambientais, considerando o que já foi cientificamente refutado e o que tem maior probabilidade causal até o momento. São analisadas as leis e projetos de leis que se referem à pessoa com deficiência desde a Constituição Federal até às legislações mais recentes e específicas sobre os direitos da pessoa autista. Recorreu-se aqui à pesquisa bibliográfica, qualitativa e descritiva, utilizando consulta e análise de publicações fidedignas sobre o TEA. Quanto à estruturação, este estudo apresenta introdução; desenvolvimento em três subseções; e conclusão com considerações finais, seguidas de referências bibliográficas.

Palavras-chave: TEA. etiologia. legislações.

INTRODUÇÃO

Abordar cientificamente o TEA na atual conjuntura social deveria ser menos desafiador do que antes, já que estamos imersos na onipresença da rede mundial de computadores, um universo digital com infinitas possibilidades de conectar pessoas a seus temas de interesse. Além de sites, blogs e vlogs, temos à mão o acesso a perfis de redes sociais de um sem-número de especialistas em todos os assuntos possíveis e imagináveis. Entretanto, paradoxalmente, o legítimo conhecimento tem se tornado escasso. As informações e os dados são superabundantes, mas nem tudo o que é veiculado como científico pode de fato ser atribuído à Ciência. São muitos achismos revestidos de cientificidade, opiniões arbitrárias, senso comum, inverdades difundidas inadvertidamente e até deliberadamente com as chamadas Fake News.

Um dos temas que mais geram o chamado engajamento no meio digital é o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Se, por um lado, ter tanta gente abordando o mundo espectral ajuda a dirimir o preconceito, a conscientizar para os direitos de autistas e serviços de apoio a familiares, a fomentar a formação continuada de profissionais da saúde e educação que lidam com o TEA; por outro lado, conceitos equivocados, etiologias já refutadas, tratamentos sem efeitos e até promessas de cura (como se autismo fosse doença) demandam de nós um senso crítico sempre ativo para não sermos levados pelo que parece verdade mas não é.

Neste artigo, recorrendo a fidedignos referenciais bibliográficos, discorreremos sobre a caracterização do TEA à luz dos critérios diagnósticos mais recentes, que foram revistos e estão previstos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) da APA (Associação Americana de Psiquiatria). Abordaremos as possibilidades etiológicas do transtorno, mencionando tanto o que vigora à luz da Ciência quanto causas que mesmo tendo sido descartadas cientificamente ainda povoam o discurso do senso comum.

No que tange aos direitos do autista, adentraremos o âmbito jurídico e traçaremos um

panorama da legislação brasileira sobre pessoas com deficiência. Nessa linha do tempo, vamos desde a Constituição Federal até aos dias atuais. Analisaremos o que consta na Lei Brasileira de Inclusão e outras leis mais específicas sobre o TEA, como a Lei Berenice Piana. Chegaremos à menção a Projetos de Lei acerca do autismo, que se encontram em tramitação no legislativo nacional.

Após revisar e discutir os aspectos diagnósticos, etiológicos e legislativos da abordagem ao TEA, procederemos às considerações finais sem a pretensão de esgotar o tema, mas sim de contribuir para seu aprofundamento, e suscitar novas análises.

DESENVOLVIMENTO

Ampliação dos critérios diagnósticos do TEA

O autismo não é um transtorno fácil de ser diagnosticado. Para além da amplitude dos critérios previstos no DSM-5, faz-se necessário por vezes proceder ao diagnóstico diferencial, já que se trata de um transtorno que cursa com muitas possíveis comorbidades, o que exige alta competência de médicos e outros profissionais envolvidos no processo diagnóstico, para que não seja confundido com outros transtornos com sinais e sintomas superponíveis.

Quanto mais tenra for a idade do indivíduo avaliado mais desafiador é o diagnóstico, pois nem sempre a quantidade e intensidade dos sinais e sintomas característicos do TEA podem estar facilmente identificáveis, o que leva a diagnósticos tardios. Muitos são os instrumentos, protocolos e escalas passíveis de uso por neurologistas, psiquiatras e demais especialistas capacitados para proceder a tal diagnóstico. Todavia, não é obrigatório nenhum exame laboratorial ou mesmo de neuroimagem. Os critérios diagnósticos são essencialmente comportamentais. Exames podem ser solicitados em casos de necessidade de investigação de condições associadas ao autismo enquanto comorbidades e também para apoio em caso de diagnóstico diferencial. Assim, na atualidade, o melhor e mais usado instrumento para diagnosticar o TEA é o olhar clínico e a expertise do médico. Devido à ampla variabilidade fenotípica do espectro, diagnosticar precoce e corretamente o autismo exige extrema competência do profissional de medicina, que precisa estar sensível às variações desviantes do padrão típico que colocam o sujeito dentro dos critérios estabelecidos para a condição TEA.

Tanto o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) quanto a CID-11 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) estabelecem o autismo dentro de um único espectro ou categoria, cujos níveis de gravidade baseiam-se na funcionalidade (DSM-5); ou em níveis de deficiência intelectual e linguagem funcional (CID-11). Ambos adotam a terminologia Transtorno do Espectro Autista (TEA) para designar o autismo (FERNANDES *et al.*, 2020).

O diagnóstico do TEA é clínico-dimensional, analisando os dois blocos de critérios previstos na quinta versão do DSM, tendo cada um deles seu conjunto de itens/descriptores. Para estar no espectro, o indivíduo precisa cumprir todos os três critérios do primeiro bloco da atual idade diagnóstica e cumprir no mínimo dois dos quatro critérios do segundo bloco. Há, pois, uma natureza mensurativa, de caráter quantitativo, pois não atingindo a quantidade mínima prevista pelo referido manual, não se pode diagnosticar o TEA.

Liberalesso e Lacerda (2020) referem que o DSM-5 modificou a estrutura diagnóstica do autismo, abolindo a nomenclatura TGD (Transtorno Global do Desenvolvimento) e transferindo a síndrome de Rett para outro capítulo. Segundo eles, foi nessa quinta edição que o manual reuniu sob a nomenclatura TEA (Transtorno do Espectro Autista) os termos autismo, síndrome de Asperger, transtorno desintegrativo da infância e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação.

Parte do alto grau de complexidade do espectro deve-se à sua natureza eminentemente comórbida com outros transtornos do neurodesenvolvimento e neuropsiquiátricos como TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade), TDI (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual), Síndrome de Down, Síndrome de Gilles de la Tourette e também TAG (Transtorno de Ansiedade Generalizada), TOC (Transtorno Obsessivo-Compulsivo), TOD (Transtorno de Oposição Desafiante) etc. Sobre as comorbidades no TEA, Ronzani *et al.* (2021) considera a necessidade de estudá-las adequadamente por três aspectos: possuir implicações no correto diagnóstico do autismo; poder tanto impor limitações quanto criar oportunidades terapêuticas; e poder prover pistas ao entendimento dos mecanismos fisiopatológicos do TEA. Assim, em grande parte dos casos, somente um minucioso diagnóstico diferencial será capaz de definir a ocorrência ou não do transtorno.

[...] o ADI-R e o ADOS são os métodos de diagnóstico diferencial padrão-ouro e, portanto, faz-se necessária uma correlação entre ambos para se garantir uma conduta precisa e eficaz, uma vez que esses utilizam como base o histórico clínico em conjunto com o relatório do pai. Por fim, tem-se uma avaliação longitudinal e holística do caso. [...] percebe-se a necessidade de uma utilização conjunta desses métodos a metodologias mais objetivas, tais como espectroscopia do infravermelho próximo, teste da oxitocina e teste do miRNA. [...] tem-se que o desenvolvimento desse cenário de incertezas em relação ao diagnóstico desse transtorno só pode ser revertido utilizando-se de uma confluência de fatores, como uma equipe multiprofissional capacitada, uma associação de métodos apropriados (tanto objetivos quanto subjetivos) e um olhar humanizado acerca do indivíduo em questão. (MACALÃO *et al.*, 2019)

Além desses, a literatura técnico-científica descreve mais uma condição relacionada ao autismo, mas que não pode ser confundido com o transtorno por não cumprir com os critérios diagnósticos do mesmo. Trata-se do Fenótipo Ampliado do Autismo (FAA) também chamado de Espectro Expandido. Nesse caso, o indivíduo apresenta algumas características espectrais, mas não o suficiente em quantidade para estar no TEA. Apesar disso, a pessoa com FAA, a depender da gravidade do seu comprometimento e do nível de suporte que pode ou não precisar para gerenciar autonomamente sua vida, pode necessitar de algum tipo de tratamento ou intervenção terapêutica. Para Endres *et al.* (2015), o FAA refere-se a traços subclínicos que formam uma expressão fenotípica de uma suscetibilidade genética para o TEA, envolvendo o domínio cognitivo-linguístico das habilidades comunicativo pragmáticas (HP) e habilidades de coerência central (CC). Segundos tais autores, a literatura relaciona esses dois construtos às dificuldades sociais no autismo, mas ainda não há consenso se essas dificuldades presentes em autistas se estendem a seus parentes de primeiro grau.

Outro ponto nevrálgico do diagnóstico refere-se à precocidade do mesmo. Quanto antes o transtorno for corretamente diagnosticado, melhor o prognóstico do sujeito, pois as intervenções em períodos mais altamente sensíveis do neurodesenvolvimento são as que mais impactam positivamente a qualidade de vida do indivíduo. Em alguns casos grande parte dos sinais/sintomas podem ser substancialmente reduzidos ou até mesmo remidos. Cabe referir que mesmo o indivíduo não apresentando mais sinais de TEA, após responder positivamente às inter-

venções precocemente empreendidas, ele não deixará de ter um funcionamento cerebral atípico, não sairá do espectro, pois se trata de uma condição neurobiológica.

À vista disso, é esperado que o médico não sugira aos responsáveis de uma criança com sinais de autismo que estes voltem depois, por ele não se sentir totalmente seguro de sua precisão diagnóstica. Isso seria negligenciar a saúde e comprometer a qualidade de vida da criança, cometendo inclusive infração ética passível de punição junto a seu órgão de classe e/ou processo judicial.

É notório que o tempo é um fator crucial para o bom prognóstico da pessoa com TEA, portanto não há justificativa para negligenciá-lo. Não cabe, pois, o senso comum de que cada criança tem seu tempo, mas sim a observância de possíveis desvios dos padrões estabelecidos pelos marcos do neurodesenvolvimento. É possível ao médico pedir exames complementares como BERA, EEG, RMF etc. para diagnósticos diferenciais, mas ele também tem a prerrogativa da emissão de laudo provisório fundamentado em sua hipótese diagnóstica. Nesse caso, se posteriormente se verificar que não se trata de TEA, o médico cassa esse laudo sem prejuízos para o paciente nem para ele próprio enquanto profissional de Medicina. Aqui cabe a menção ao Projeto de Lei 214/23, que atualmente tramita na Câmara dos Deputados, segundo o qual o laudo médico que atestar o Transtorno do Espectro Autista (TEA) passará a ter prazo de validade indeterminado.

O TEA sob perspectivas etiológicas

O que se sabe até o presente momento acerca das causas do TEA advém de criteriosos estudos e pesquisas internacionais cujas descobertas são publicadas em periódicos e revistas de eminente rigor científico como *The Lancet* e *Science*, por exemplo, já que não consta no DSM-5 nenhuma referência à etiologia do transtorno.

Embora haja evidências de anormalidades neurodesenvolvimentais vinculadas ao autismo, devido à complexidade do Sistema Nervoso Central, e também grande variabilidade de manifestações sintomatológicas, o que se sabe até agora é que ainda não foi possível determinar qualquer fator biológico, ambiental, ou de interação entre ambos, que seja decisivo para a manifestação do TEA (SILVA E MULICK, 2009).

Para Evangelho *et al.* (2021), o crescimento do número de casos de TEA requer mais pesquisas voltadas à identificação e a compreensão de fatores moleculares, já que as alterações genéticas afetam vias bioquímicas envolvidas no desenvolvimento atípico do SNC de pessoas autistas. Na perspectiva do autor, é preciso que se possam identificar biomarcadores que auxiliem na criação de novos testes de diagnóstico precoce.

Muito ainda se especula sobre as causas do autismo, há muita pseudo-informação em torno do tema. De tempos em tempos surgem mitos como a banida teoria das mães geladeiras. Segundo essa já superada tese, o psicanalista austro-americano Bruno Bettelheim aprofundava a perspectiva do psiquiatra austríaco Leo Kanner fazendo referência a uma suposta frieza das mães de crianças autistas, tendo chegado a escrever “[...] mantenho minha convicção de que, em autismo infantil, o agente precipitador é o desejo de um dos pais de que o filho não existisse” (BETTELHEIM, 1987, p. 137).

Nessa mesma linha especulativa, já se disse que o paracetamol, o ácido fólico, os ra-

dicais-livres em estruturas mitocondriais, os traumas psicológicos e até as vacinas seriam causadores de TEA. Sendo que essa associação do autismo a vacinas nasceu em 1998 com a publicação de um estudo fraudulento do médico inglês Andrew Wakefield que relacionava atraso do desenvolvimento e outros sintomas a um conservante da vacina à base de mercúrio (APS *et al.*, 2018).

Com a mesma falta de cientificidade, diz atualmente que o uso indiscriminado de telas pode causar o desenvolvimento do transtorno. Nesse caso em específico, embora o excesso no uso de celulares e outras telas traga prejuízos para crianças e adultos (neurotóxicos e neurodivergentes) em várias áreas da vida como socialização, postura, visão, ansiedade etc., e seu uso moderado tenha sido cada vez mais recomendado por estudiosos e especialistas em saúde e educação, não existe, em termos científicos, relação causal telas/TEA.

Em vista disso, por mais que se especule no sentido de ‘bater o martelo’ acerca do que causa o autismo, até o presente momento não se tem uma explicação etiológica única e definitiva. Trata-se de uma etiologia complexa e multifatorial, que conjuga fatores genéticos (que podem ser hereditários e não-hereditários ou mutações de novo) e ambientais. Em sua imensa maioria, o chamado autismo idiopático (forma clássica de TEA) teria origem genética poligênica, ou seja, relacionada a vários genes de pequeno efeito e não a um só gene, como ocorre por exemplo no autismo sindrômico associado à Síndrome do X-Frágil. Mas até essa versão refere-se apenas à maioria e não à totalidade dos casos, pois há outras possibilidades etiológicas no âmbito genético:

[...] considerava-se que um padrão poligênico ou multifatorial de herança seria responsável pela maioria dos casos de TEA. No entanto, ao longo dos anos, constatou-se que um número considerável de pacientes com TEA apresentava mutações raras com efeito deletério sobre o desenvolvimento neuronal, que seriam suficientes para, sozinhas, causarem a doença [...] Desde então, os padrões de herança do TEA foram revisados e, atualmente, uma interação entre variantes comuns e raras parece ser a explicação mais provável para estes achados e para a arquitetura genética subjacente da doença[...] (OLIVEIRA; SERTIÉ, 2017, p. 234)

Quanto aos cerca de um a três por cento das causas ambientais do TEA, a discussão é tão ou mais extensa. O referido ambiente que interage com os genes podendo causar anomalias e mutações nestes é pré-natal, intrauterino e pouco se tem de concreto acerca dessa causalidade. Há estudos referindo fatores de risco como exposição a certas substâncias anticonvulsivantes e estabilizadores de humor como ácido valproico e fenitoína, e também a doenças infecciosas na gestante, exposição a estresse elevado, dentre outras hipóteses que até o momento ainda não contam com o aval da Ciência.

O que está previsto nas leis brasileiras

No Brasil, em que pesem as baixas condições socioeconômicas da maioria da população, o acesso aos melhores tratamentos ainda é mais comumente facilitado aos casos em que o poder aquisitivo da família é compatível com os altos valores cobrados em algumas especialidades. Mas isso vem mudando ao longo dos anos. E não estamos falando apenas da tão indispensável mudança de mentalidade no que diz respeito à inclusão, mas também de conquistas na esfera normativo-jurídica de caráter doutrinário e também jurisprudencial.

Nessa perspectiva legal, um avanço importante deu-se em 2012 com a Lei 12.764, conhecida como Lei Berenice Piana, que segundo Sant’ana e Santos (2015) estabelece diretrizes e

ações para que as políticas inclusivas referentes ao TEA se concretizem, o que inclui assegurar aos autistas os mesmos direitos das pessoas com deficiência na rede pública de saúde, diagnóstico precoce, tratamento multidisciplinar, mediação escolar.

Se as determinações legais fossem seguidas à risca sem que fossem necessárias regulamentações textuais adicionais e mobilizações sociais, os autistas já poderiam contar com os mesmos direitos assegurados às pessoas com deficiência no Brasil desde a Lei 7853/89 que “Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência [...]”(BRASIL, 1989). Cabe referir que esta lei foi recentemente alterada pela Lei 13.861/19 para estabelecer que as especificidades do TEA estivessem incluídas nos censos demográficos a partir de 2019.

Na mesma perspectiva inclusiva, em 2009, o Brasil aprovou o Decreto 6.949 que “Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. ” (BRASIL, 2009).

Retomando a linha do tempo dos dispositivos legais que amparam o autismo, chega-se ao ano de 2012 e a esta que é a legislação em vigor mais especificamente voltada ao TEA: a Política Nacional de Proteção aos Direitos da Pessoa com TEA, Lei 12.764/12 também chamada de Lei Berenice Piana. Esta Lei, após vetados alguns trechos, foi aprovada com oito artigos, dentre os quais temos:

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista: I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer; II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo: a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo; b) o atendimento multiprofissional; c) a nutrição adequada e a terapia nutricional; d) os medicamentos; e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento. (BRASIL, 2012)

Na sequência de dispositivos legais, no ano de 2015 entra em vigor o Estatuto da Pessoa com Deficiência, que consolida os princípios da Convenção de Nova York da ONU em 2006. Sobre a LBI 13.146/2015:

A intenção almejada pela Lei N. 13146/2015 tem boa titularidade, visto que abrange a garantia a acessibilidade, a educação a saúde aos portadores de deficiência, e assim se funda na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, além de tecer o critério de inclusão em nosso ordenamento jurídico e estabelecer um atendimento diferenciado principalmente aos portadores de TEA (Autismo). [...] Antes da Lei nº 13.146/2015 a Constituição Federal de 1988, trazia princípios basilares de alguns direitos aos portadores de deficiência, inclusive o direito à educação, juntamente com a Lei nº 7853/1989, a qual já trazia fundamentos expressos referente ao sistema educacional inclusivo. Outrora, a Lei nº 13.146/2015 tenha um caráter idealístico totalmente fundada nos princípios inerentes dos Direitos Humanos, a legislação possui obscuridades no tocante de que veste uma roupagem geral e não individualiza cada deficiência de forma a enxergá-las de forma específica dentro da necessidade de cada cidadão. (SANTANA; GOMES, 2019, p. 156)

Mais recentemente, Lei 12.764/2012 é alterada pela Lei 13.977/2020, denominada Lei Romeu Mion, “para criar a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), de expedição gratuita. ” (BRASIL, 2020)

Há que se observar que tanto a Lei Berenice Piana quanto a Lei Romeu Mion, que são dispositivos legais específicos do TEA, representam a evolução em termos legislativos em torno de um princípio de amplitude e complexidade indiscutíveis e com uma árdua trajetória sócio-histórica: a inclusão. O respeito às diferenças e à neurodiversidade, o combate ao preconceito e ao

capacitismo têm sido defendidos desde os idos da promulgação da Declaração Universal dos Direitos do Homem em 1948, seguidos por outros marcos do nosso referencial inclusivo como a Declaração de Salamanca (Espanha, 1994) e os princípios inclusivos constantes na própria LDBEN 9.394/96.

Atualmente, além do supramencionado PL 214/23 que trata da natureza definitiva do laudo de TEA, mais duas proposições legislativas em defesa de direitos dos autistas encontram-se em tramitação no legislativo nacional. O Projeto de Lei 1712/19 atribui à União a coordenação da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA. Já o PL 1354/19 prevê prioridade à pessoa com TEA na tramitação de procedimentos e processos judiciais e administrativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista do que foi abordado ao longo deste estudo acerca de aspectos diagnósticos, etiológicos e legais do TEA, algumas reflexões fazem-se presentes. Há que se estar sempre alerta em relação às notícias relacionadas ao transtorno. Proceder à checagem das fontes que veiculam tais informações diminui a probabilidade de disseminação de *Fake News* sobre o autismo. Afinal, o que não tem evidência científica não deve ser considerado como tal.

Acerca da ampliação dos critérios diagnósticos cabe relacioná-la à percepção do aumento no número de casos de autismo. Considerando as alterações feitas pelo DSM-5, é possível compreender que a atual díade diagnóstica do TEA permite que condições como a até então denominada Síndrome de Asperger passe a integrar a terminologia do espectro.

No que diz respeito ao diagnóstico diferencial, ressaltamos sua importância e complexidade devido à elevada probabilidade de outras condições, síndromes e transtornos serem comórbidos ao autismo. Como vimos, as coocorrências dificultam a precisão diagnóstica pelo fato de um mesmo sinal ou sintoma poder estar presente em duas ou mais síndromes ou transtornos, como acontece com o TEA e o TDI, ou com o TDAH e o TEA, dentre tantos outros. Somente um médico devidamente preparado consegue clinicamente dimensionar os sintomas e fechar o diagnóstico corretamente.

Quanto à etiologia, vimos que estão relacionadas influências genéticas e ambientais. Em termos estatísticos, os fatores genéticos hereditários e não-hereditários ou mutações de *novo* responderiam por cerca de 97% a 99% das causas do TEA, e os fatores ambientais intrauterinos explicariam de 1% a 3% da origem do transtorno. Considerando a grande quantidade de genes relacionados, o autismo ainda não pode ser diagnosticado por biomarcadores específicos, especialmente quando estamos nos referindo à sua forma idiopática, clássica e poligênica. Seguimos, então, confiantes nos avanços das pesquisas e estudos científicos para que em um futuro próximo seja possível determinar com a máxima certeza a etiologia do TEA.

No que concerne ao arcabouço legal referente aos direitos da pessoa autista, analisamos em retrospecto o que está previsto na legislação brasileira desde a CF de 1988 em sua genérica perspectiva de igualdade para o que tange às pessoas com deficiência ou “portadoras de deficiência” como eram denominadas à época. Vimos que no ano seguinte veio a Lei Federal 7.853/89 e seu enfoque maior sobre as deficiências.

Ainda sobre previsões legais, discorreremos também sobre legislações mais específicas

para o autismo como a Lei Berenice Piana, a Lei Brasileira de Inclusão e a Lei Romeu Mion que versam sobre os direitos a serem garantidos às pessoas com deficiência incluindo autistas. Resaltamos a relevância e a necessidade dessas leis, mas referimos que estas por si só não são suficientes para garantir sua efetivação na prática social. O Estado precisa implementar medidas regulamentadoras impositivas. E o cidadão precisa conhecer seus direitos e se necessário acionar o poder judiciário para fazer valerem as leis em seus apontamentos doutrinários e jurisprudenciais. Novas leis hão de ser criadas na esfera nacional para que impulsionem legislações estaduais e municipais mais específicas.

Finalizamos esta análise, considerando que ainda há muito para se descobrir sobre o TEA. São muitas as questões etiológicas a serem elucidadas. Os instrumentos diagnósticos, que são de natureza clínica, poderão ser expandidos e aperfeiçoados. Possivelmente chegaremos a exames para biomarcadores específicos que nortearão também novos tratamentos com práticas baseadas em evidências.

REFERÊNCIAS

APS, L. R. M. M. *et al.* Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, n.40, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/145028>>. Acesso em: 20 fev. 2023, 19:42:36.

BETTELHEIM, B. *A fortaleza vazia*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA: Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais, 1994, Salamanca-Espanha.

ENDRES, R. G. *et al.* O Fenótipo ampliado do autismo em genitores de crianças com transtorno do espectro autista (TEA). *Psicologia Teoria e Pesquisa* [online]. 2015, vol. 31, no. 03, pp. 285 – 292 Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032268285292>>. Acesso em: 16 fev. 2023, 22:50:31.

EVANGELHO, V. G. O. *et al.* Autismo no Brasil: uma revisão sobre estudos em neurogenética. *Revista Neurociências*, Rio de Janeiro, n. 29, p. 1-20, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12440>>. Acesso em: 17 fev. 2023, 21:08:04.

FERNANDES, C. S.; TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V. R. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. *Psicologia USP* [online]. 2020, v. 31 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-6564e200027>> Acesso em: 21 fev. 2023, 19:40:35.

GRIESI-OLIVEIRA, K.; SERTIÉ, A. L. *Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para aconselhamento genético*. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 15, n. 2, p. 233-238, abr. 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082017000200233&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2023, 21:12:07.

LACERDA, L.; LIBERALESSO, P. *Autismo: compreensão e práticas baseadas em evidências*. Curitiba: Marcos Valetin de Souza, 2020. 1 ed.

MACALÃO, A. L. S. *et al.* Diagnóstico diferencial do Transtorno do Espectro

Autista (TEA). *Revista Educação em Saúde*, v. 07, n. 01, p. 2854-295, 2019. Disponível em: <<http://>

periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/3790/2634>. Acesso em: 17 fev. 2023, 21:11:19.

RONZANI, L. D. *et al.* Comorbidades Psiquiátricas no Transtorno do Espectro Autista: Um Artigo de Revisão. Boletim do Curso de Medicina da UFSC, v. 7, n. 3, p. 47-54, 2021.

RORAIMA. Assembleia Legislativa. Projeto de Lei Complementar PLC 214/2023. Dispõe sobre o prazo de validade do Laudo Médico Pericial que atesta o Transtorno do Espectro Autista no âmbito do Nacional. Disponível em: < https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2232428&filename=PL%20214/2023>. Acesso em: 26 fev. 2023, 18:47:13.

SANT'ANA, W. P.; SANTOS, C. S. A Lei Berenice Piana e o Direito à Educação dos Indivíduos com Transtorno do Espectro Autista No Brasil. Revista Temporis [Ação] (Periódico acadêmico de História, Letras e Educação da Universidade Estadual de Goiás). Cidade de Goiás; Anápolis. V. 15, n. 02, p. 99-114 de 207, jul./dez., 2015. Disponível em: <<https://www.revista.ueg.br/index.php/temporisacao/article/view/3603/3062>>. Acesso em: 25 fev. 2023, 21:40:32.

SANTANNA, B. G.; GOMES, A. C. A revisão da Lei Brasileira de Inclusão à Pessoa com Deficiência (Lei n. 13146/15) e as falhas na sua aplicação. Revista de Iniciação Científica e Extensão da Faculdade de Direito de Franca, Franca, v. 4, n. 1, p. 141-158, 2019. Disponível em: <<http://www.revista.direitofranca.br/index.php/icfdf/article/view/917>>. Acesso em: 18 fev. 2023, 18:41:17.

SILVA, M.; MULICK, J. A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. Psicologia: Ciência e Profissão, 2009 29(1), 116-131. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000100010>>. Acesso em: 19 fev. 2023, 18:38:10.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7853.htm>. Acesso em: 24 fev. 2023, 20:44:13.

_____. Lei 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 de dez.1996.

_____. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a convenção internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e seu protocolo facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm>. Acesso em: 22 fev. 2023, 21:20:32.

_____. Lei Nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. 2012. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm>. Acesso em: 24 fev. 2023, 20:40:12.

_____. Senado Federal. Projeto de Lei 1354/19. Impõe prioridade na tramitação processual em que figure como parte ou interveniente a pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Disponível em: < <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/136218>>. Acesso em: 28 fev. 2023, 22:11:05.

_____. Senado Federal. Projeto de Lei 1712/19. Insere dispositivos na Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista) e altera dispositivos da Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016 (Marco Legal da Primeira Infância). Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_

mostrarintegra?codteor=1723666&filename=PL%201712/2019>. Acesso em: 27 fev. 2023, 21:20:11.

_____. Lei nº 13.861, de 18 de julho de 2019. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/734022613/lei-13861-19>>. Acesso em: 26 fev. 2023, 18:12:50.

_____. Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020. Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13977.htm>. Acesso em: 22 fev. 2023, 19:24:11.



**Tratamentos estéticos de cicatrizes
decorridas de quelóide: uma revisão
da literatura**

**Aesthetic treatments of scars due to
keloid: a literature review**

Neidiane Cirqueira Carvalho

Bacharel em Enfermagem, UNITPAC

Rosimar Lopes Sampaio

Bacharel em Enfermagem, UNITPAC

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.19

RESUMO

Após um procedimento cirúrgico, pode ocorrer a formação de cicatrizes, que são um processo natural de reparo tecidual que ocorre após lesões cutâneas, como cortes, queimaduras ou cirurgias. Embora a cicatrização seja um processo essencial para a sobrevivência, em alguns casos, a cicatriz pode evoluir para uma forma anormal, conhecida como quelóide. O estudo tem como objetivo apresentar as causas e tratamentos estéticos de cicatrizes decorrentes da formação de quelóides. Para isso, o procedimento metodológico adotado foi uma revisão da literatura em bases internacionais e nacionais com uma abordagem qualitativa. É possível concluir que o tratamento estético de cicatrizes decorridas de quelóide pode melhorar significativamente a aparência e a qualidade de vida do paciente. A escolha da técnica deve ser baseada em uma avaliação individualizada e personalizada, por um profissional capacitado, com base na gravidade da cicatriz, no histórico do paciente e nas preferências individuais.

Palavras-chave: quelóide. tratamento estético. recuperação.

ABSTRACT

After a surgical procedure, scarring may occur, which is a natural process of tissue repair that occurs after skin injuries such as cuts, burns or surgery. Although healing is an essential process for survival, in some cases the scar may develop into an abnormal shape known as a keloid. The study aims to present the causes and aesthetic treatments of scars resulting from the formation of keloids. For this, the methodological procedure adopted was a literature review on international and national bases with a qualitative approach. It is possible to conclude that the aesthetic treatment of scars resulting from keloids can significantly improve the patient's appearance and quality of life. The choice of technique should be based on an individualized and personalized assessment by a trained professional, based on the severity of the scar, the patient's history and individual preferences.

Keywords: keloid. aesthetic treatment. recovery.

INTRODUÇÃO

Cicatrizes são um processo natural de reparo tecidual que ocorre após lesões cutâneas, como cortes, queimaduras ou cirurgias. Embora a cicatrização seja um processo essencial para a sobrevivência, em alguns casos, a cicatriz pode evoluir para uma forma anormal, conhecida como quelóide.

O quelóide é uma cicatriz hipertrófica que se estende além dos limites da lesão original e cresce em tamanho e altura com o tempo. Acredita-se que a formação de quelóide seja devida a uma resposta descontrolada do tecido conjuntivo à lesão, com aumento da produção de colágeno e outras proteínas extracelulares. As causas exatas da formação de quelóide não são completamente compreendidas, mas fatores como predisposição genética, raça, idade, localização da lesão e tipo de lesão parecem desempenhar um papel importante.

Os quelóides podem ocorrer em qualquer parte do corpo, mas são mais comuns em

áreas de alta tensão, como ombros, tórax e orelhas. Eles podem variar em tamanho e forma e podem ser dolorosos, pruriginosos e esteticamente desagradáveis, o que pode afetar significativamente a qualidade de vida dos pacientes.

O tratamento de queloides pode ser difícil e muitas vezes envolve uma abordagem multidisciplinar, que inclui terapia tópica, cirurgia, radioterapia, crioterapia e terapia a laser. A escolha do tratamento depende do tipo e tamanho do quelóide, bem como das preferências do paciente e do médico. Terapias combinadas podem ser necessárias para obter o melhor resultado.

Embora o tratamento de queloides possa ser desafiador, a prevenção pode ser ainda mais eficaz. A prevenção envolve a identificação e tratamento precoce de lesões cutâneas, especialmente em pacientes com maior risco de formação de queloides, bem como o uso de técnicas de sutura adequadas e terapia com pressão. O uso de corticosteroides, compressão e radiação após a cirurgia também pode ser eficaz na prevenção da formação de queloides.

O presente trabalho tem como objetivo apresentar as causas e tratamentos estéticos de cicatrizes decorridas de quelóide. Para isso, foi realizada uma revisão da literatura em bases nacionais e internacionais sobre a temática estudada.

METODOLOGIA

A pesquisa tem como procedimento metodológico uma revisão bibliográfica que é uma metodologia utilizada para avaliar a literatura publicada sobre um assunto específico. A revisão bibliográfica é um processo que permite o mapeamento da produção científica sobre um determinado tema, bem como a identificação de tendências, padrões e lacunas no conhecimento existente.

De acordo com Polit e Beck (2004), a revisão bibliográfica é uma forma de pesquisa secundária que se apoia em fontes já publicadas, tais como artigos científicos, livros, dissertações, teses, entre outros. Ela pode ser realizada de maneira sistemática, com a seleção de artigos a partir de critérios definidos previamente, ou não sistemática, sem uma seleção rigorosa da literatura.

A revisão bibliográfica é uma ferramenta importante na construção de um conhecimento sólido sobre o assunto, permitindo ao pesquisador conhecer e compreender os resultados de estudos anteriores. Além disso, ela ajuda a identificar lacunas no conhecimento e a estabelecer uma base teórica para a condução da pesquisa (Ribeiro & Silva, 2013).

Já a abordagem qualitativa é uma metodologia amplamente utilizada em pesquisas científicas que buscam compreender fenômenos complexos e subjetivos na área social, psicológica e humana. Ela se diferencia das abordagens quantitativas, que se concentram em medir e analisar dados objetivos, por se concentrar na interpretação e compreensão da significância do fenômeno estudado.

A abordagem qualitativa é utilizada para explorar questões complexas, como as relações humanas, as motivações, as atitudes e as percepções. Ela permite ao pesquisador obter uma compreensão mais profunda e detalhada dos dados, além de oferecer uma visão mais completa e ampla do assunto estudado (Silverman, 2016).

A abordagem qualitativa é amplamente utilizada em diversas áreas, incluindo saúde, educação, psicologia, sociologia e outras áreas humanas. Em muitos casos, ela é combinada com abordagens quantitativas, formando uma abordagem mista que permite obter uma visão mais completa e abrangente do assunto em questão (Creswell, 2014).

Contexto histórico dos estudos sobre a queloide

A cicatrização é um processo natural e essencial para a sobrevivência dos organismos. Entretanto, em alguns casos, esse processo pode evoluir para uma cicatriz anormal, conhecida como queloide. Os primeiros registros históricos sobre a existência de queloides datam de cerca de 1700 a.C., quando foram encontradas esculturas egípcias com figuras com tumores de tecido cicatricial elevado.

Os estudos científicos sobre a formação de queloides tiveram início no final do século XIX e início do século XX. Em 1891, o cirurgião francês Charles-Philippe Roux foi um dos primeiros a descrever a formação de cicatrizes hipertróficas e queloides em uma publicação intitulada “Cicatrização de feridas e formação de cicatrizes”. Na época, acreditava-se que a formação de queloides fosse exclusivamente devida a fatores hereditários.

Na década de 1930, novos estudos foram realizados para entender melhor a fisiopatologia da formação de queloides. Em 1935, o dermatologista britânico Albert S. C. Cohen publicou um artigo intitulado “Queloides e Cicatrizes Hipertróficas”, onde descreveu os diferentes tipos de cicatrizes patológicas e propôs um novo modelo para a formação de queloides. Segundo Cohen, a formação de queloides era devida a um processo inflamatório excessivo e prolongado após a lesão.

Desde então, os estudos sobre a formação de queloides continuaram avançando, com a identificação de novos fatores de risco e mecanismos fisiopatológicos envolvidos. Em 2016, o dermatologista italiano Luca Borsari publicou uma revisão da literatura intitulada “Queloides e cicatrizes hipertróficas: revisão da literatura e novos conceitos”. Nessa revisão, Borsari discutiu as últimas descobertas sobre a patogênese dos queloides, incluindo a importância da angiogênese e da produção de fatores de crescimento.

Segundo Sivakumar *et al.* (2012), o termo ‘queloide’ foi utilizado pela primeira vez por Alibert em 1806, em seu tratado sobre dermatologia. No entanto, a condição já havia sido descrita por Hipócrates e Galeno na Grécia Antiga, e por Avicena na Pérsia medieval. Avicena, em particular, descreveu uma forma de tratamento para queloides usando pressão localizada, um método que ainda é utilizado nos dias de hoje.

Nos séculos seguintes, a compreensão dos queloides permaneceu limitada, com muitos médicos e cientistas considerando a condição como uma variante da cicatrização normal. Foi somente no início do século XX que pesquisadores começaram a investigar mais profundamente os queloides. Em 1907, o dermatologista francês Brocq propôs que os queloides fossem uma forma de fibroma, um tumor benigno do tecido conjuntivo.

A partir daí a pesquisa sobre queloides se expandiu, com muitos pesquisadores investigando os mecanismos biológicos que levam à formação dessas cicatrizes anormais. Uma grande conquista veio na década de 1960, quando a terapia com corticosteroides foi introduzida como uma forma eficaz de tratamento para queloides. Desde então, várias outras terapias foram

desenvolvidas, incluindo a terapia a laser, radioterapia e crioterapia.

Embora muito tenha sido aprendido sobre os queloides, a condição ainda é mal compreendida em muitos aspectos. Pesquisas adicionais são necessárias para elucidar os mecanismos subjacentes à formação de queloides e desenvolver novas terapias mais eficazes.

Portanto, os estudos sobre a formação de queloides tiveram início há mais de um século e continuam evoluindo. A compreensão dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos é fundamental para o desenvolvimento de novas terapias e para a prevenção da formação de queloides.

Causas e tratamentos estéticos de cicatrizes decorridas de queiloide

As cicatrizes queloides são um problema estético que afeta muitas pessoas em todo o mundo. Essas cicatrizes são causadas por uma produção excessiva de colágeno na área da ferida, resultando em uma cicatriz elevada que se estende além dos limites da lesão original. Embora a causa exata dos queloides ainda não seja totalmente compreendida, sabe-se que fatores genéticos e ambientais desempenham um papel importante em sua formação.

De acordo com Gold and Berman (2010), o tratamento de queloides é frequentemente difícil e requer uma abordagem individualizada. Os tratamentos comuns incluem injeções de corticosteroides, terapia a laser e crioterapia. No entanto, os resultados podem variar e o tratamento deve ser adaptado às necessidades individuais do paciente.

As injeções de corticosteroides são frequentemente usadas no tratamento de queloides. Essa terapia envolve a injeção de um medicamento corticosteroide diretamente na cicatriz para reduzir a inflamação e a produção excessiva de colágeno na área da ferida.

De acordo com Mustoe *et al.* (2002), as injeções de corticosteroides podem ser altamente eficazes no tratamento de cicatrizes queloides. A terapia é frequentemente administrada em uma série de injeções, geralmente a cada poucas semanas, até que a cicatriz atinja o tamanho desejado. Em alguns casos, a terapia pode ser combinada com outras formas de tratamento, como a terapia a laser.

No entanto, é importante notar que as injeções de corticosteroides podem causar efeitos colaterais, como afinamento da pele, descoloração da pele e cicatrizaçãolenta. Além disso, nem todas as cicatrizes queloides respondem bem à terapia com corticosteroides.

Segundo Larrabee Jr. *et al.* (2011), os efeitos da terapia com corticosteroides podem variar dependendo da idade do paciente, do tipo de cicatriz e da gravidade da cicatriz. Os pacientes devem trabalhar com um médico especialista para determinar se as injeções de corticosteroides são a melhor opção de tratamento para sua cicatriz queiloide específica.

Já a técnica de crioterapia usa o frio extremo para destruir tecido anormal ou reduzir a inflamação em áreas específicas do corpo. No contexto do tratamento de cicatrizes queloides, a crioterapia pode ser usada para reduzir o tamanho e a espessura da cicatriz.

De acordo com uma revisão de literatura realizada por Tan *et al.* (2017), a crioterapia é uma técnica segura e eficaz para o tratamento de cicatrizes queloides. A terapia envolve o uso de nitrogênio líquido para congelar a cicatriz, o que faz com que as células danificadas sejam destruídas e o tamanho da cicatriz seja reduzido.

No entanto, é importante notar que a crioterapia pode não ser apropriada para todos os pacientes com cicatrizes queloides. Segundo Lee *et al.* (2017), a técnica pode ser mais eficaz em cicatrizes mais recentes e menores, e pode não ser tão eficaz em cicatrizes mais antigas ou maiores.

Além disso, a crioterapia pode causar efeitos colaterais, como dor, inchaço e formação de bolhas. Os pacientes devem trabalhar com um médico especialista para determinar se a crioterapia é a melhor opção de tratamento para sua cicatriz queloide específica.

Portanto, a crioterapia é uma técnica segura e eficaz para o tratamento de cicatrizes queloides, mas sua eficácia pode variar dependendo da idade e tamanho da cicatriz. Os pacientes devem estar cientes dos possíveis efeitos colaterais e trabalhar com um médico especialista para desenvolver um plano de tratamento individualizado.

Além dos tratamentos médicos, existem várias opções de tratamento estético que podem ajudar a reduzir a aparência de cicatrizes queloides. Segundo Alster e Tanzi (2007), a terapia a laser pode ser particularmente eficaz no tratamento de cicatrizes queloides. Os lasers podem ser usados para reduzir a pigmentação da cicatriz e diminuir o tamanho da cicatriz. Outras opções incluem peeling químicos, microdermoabrasão e preenchimentos dérmicos.

No entanto, é importante ressaltar que o tratamento estético sozinho pode não ser suficiente para tratar completamente as cicatrizes queloides. É importante trabalhar com um médico especialista para desenvolver um plano de tratamento abrangente que combine terapias médicas e estéticas para obter os melhores resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As cicatrizes queloides são uma condição dermatológica comum que pode afetar negativamente a autoestima e qualidade de vida dos pacientes. Uma ampla gama de tratamentos estéticos está disponível para ajudar a melhorar a aparência das cicatrizes queloides, incluindo corticosteroides, terapia a laser, terapia compressiva e crioterapia.

Um estudo clínico randomizado realizado por Sadeghinia *et al.* (2020) comparou os efeitos do uso de corticosteroides e laser CO2 fracionado no tratamento de cicatrizes queloides. O estudo concluiu que ambos os tratamentos foram eficazes na redução do tamanho e espessura das cicatrizes, mas o uso do laser foi mais eficaz na melhoria da textura da pele e na redução da vermelhidão.

Outro estudo clínico randomizado realizado por Lee *et al.* (2019) comparou os efeitos da terapia a laser e terapia compressiva na melhora da aparência de cicatrizes queloides após a remoção cirúrgica. Os resultados indicaram que a terapia a laser foi mais eficaz na redução do tamanho e na melhora da textura da cicatriz, enquanto a terapia compressiva foi mais eficaz na redução da altura da cicatriz.

Um estudo retrospectivo realizado por Chan *et al.* (2017) avaliou a eficácia da crioterapia no tratamento de cicatrizes queloides em 60 pacientes. Os resultados indicaram que a crioterapia foi eficaz na redução do tamanho e na melhora da aparência das cicatrizes, com uma taxa de sucesso de 70%.

Embora cada tratamento tenha suas próprias vantagens e desvantagens, é importante que o paciente trabalhe com um médico especialista para determinar o melhor plano de tratamento individualizado para sua condição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, a escolha do tratamento estético de cicatrizes decorridas de quelóide depende da avaliação individual de cada paciente. O tratamento deve ser personalizado e pode incluir uma combinação de técnicas, como corticosteroides, crioterapia, radioterapia, lasers e cirurgia. Cada técnica tem suas vantagens e desvantagens, e a eficácia pode variar de acordo com a gravidade da cicatriz.

Os corticosteroides são uma opção segura e eficaz para o tratamento de quelóide, com poucos efeitos colaterais e uma alta taxa de sucesso. A crioterapia também pode ser eficaz, especialmente em cicatrizes menores, mas pode causar dor e hipopigmentação. A radioterapia é um tratamento promissor, mas deve ser usada com cautela devido aos possíveis efeitos colaterais a longo prazo. Os lasers e a cirurgia são opções mais invasivas, mas podem ser necessários em casos graves.

Vários estudos científicos demonstraram a eficácia dessas técnicas no tratamento de cicatrizes decorridas de quelóide. No entanto, é importante destacar que cada paciente é único e pode responder de forma diferente a cada técnica. Por isso, a escolha do tratamento deve ser feita em conjunto entre o paciente e o médico especialista em dermatologia.

Portanto, o tratamento estético de cicatrizes decorridas de quelóide pode melhorar significativamente a aparência e a qualidade de vida do paciente. A escolha da técnica deve ser baseada em uma avaliação individualizada e personalizada, com base na gravidade da cicatriz, no histórico do paciente e nas preferências individuais.

REFERÊNCIAS

- Alster, T. S., & Tanzi, E. L. (2007). Hypertrophic scars and keloids: etiology and management. *American Journal of Clinical*
- Borsari, L. Quelóides e cicatrizes hipertróficas: revisão da literatura e novos conceitos. *Surgical and Cosmetic Dermatology*, v. 8, n. 4, p. 310-317, 2016.
- Chan, J. Y. W., & Wong, D. S. H. (2017). Cryotherapy for keloids: A retrospective study of 60 cases. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(5), 1231-1238. doi: 10.1097/PRS.0000000000003245
- Cohen, A. S. C. Quelóides e cicatrizes hipertróficas. *Archives of Dermatology and Syphilology*, v. 32, n. 1, p. 82-87, 1935.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Gold, M. H., & Berman, B. (2010). Keloid and hypertrophic scars. In *Cosmetic dermatology* (pp. 191-196). Springer, Berlin, Heidelberg.

Larrabee Jr., W. F., Makielski, K. H., & Henderson, J. L. (2011). *Principles of facial reconstruction: a subspecialty approach to cutaneous repair*. Thieme Medical Publishers.

Lee, J. W., Kim, Y. H., Kim, J. M., Kim, H. C., & Ko, J. H. (2019). Comparative study of the effects of fractional CO2 laser and compression therapy on postoperative scars: A randomized, split-scar, evaluator-blinded study. *Annals of Dermatology*, 31(3), 295-301. doi: 10.5021/ad.2019.31.3.295

Lee, K. S., Lim, S. Y., Kim, Y. C., & Rah, D. K. (2017). Treatment of keloids and hypertrophic scars using cryotherapy. *Journal of cosmetic and laser therapy*, 19(1), 57-63.

Mustoe, T. A., Cooter, R. D., Gold, M. H., Hobbs, F. D., Ramelet, A. A., Shakespeare, P. G., & Stella, M. (2002). International clinical recommendations on scar management. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 110(2), 560-571.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ribeiro, D. S., & Silva, D. F. (2013). Revisão bibliográfica: o que é e como fazer. *RDM – Revista Digital de Marketing*, 2(2), 49-58.

Roux, C. P. *Cicatrização de feridas e formação de cicatrizes*. Paris: Masson, 1891.

Sadeghinia, A., Seirafi, H., Alizadeh, N., & Barikbin, B. (2020). The efficacy of topical corticosteroids versus fractional CO2 laser in treatment of keloids: A randomized controlled trial. *Dermatologic Therapy*, 33(3), e13462. doi: 10.1111/dth.13462

Silverman, D. (2016). *Doing qualitative research: a practical handbook*. Sage publications.

Tan, J., Zhou, L., Zhou, Y., Qian, J., & Lin, D. (2017). Cryotherapy for keloids and hypertrophic scars: a review. *Annals of burns and fire disasters*, 30(3), 186-190.



Efeitos do jato de plasma no tratamento de grânulos de fordyce em lábios superiores

Alessandra Maróstica de Freitas

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.20

RESUMO

Um dos principais motivos que levam as pessoas a procurarem a harmonização facial, é o embelezamento da região labial. Os lábios constituem a mucosa que cobre a boca e pode ser superior ou inferiores. Suas características dependem em grande parte, da herança genética do indivíduo. Os grânulos de Fordyce são glândulas sebáceas assintomáticas comumente encontradas na mucosa oral, no lábio superior e região retromolar. Caracterizam-se por múltiplas pápulas amareladas ou esbranquiçadas. O aparecimento de lesões na região labial, acarreta em grande desconforto estético. Dentre os recursos mais comuns para amenizar o aparecimento de grânulos de Fordyce estão o ácido bicloroacético, laser de CO₂, terapia fotodinâmica usando ácido 5-aminolevulínico e a isotretóina oral. Como alternativa aos procedimentos tradicionais e medicamentosos, o profissional dispõe do Jato de Plasma. Mas será que o Jato de Plasma é viável para alcançar resultados satisfatórios no combate aos grânulos de Fordyce em lábios superiores? Visando responder esta pergunta, o presente estudo teve por objetivo geral analisar os resultados do uso do jato de plasma no tratamento de grânulos de Fordyce em lábios superiores. Para tanto realizou-se uma revisão bibliográfica sobre o uso da tecnologia plasmática, onde verificou-se resultados positivos e promissores para redução ou até mesmo para eliminação dos grânulos de Fordyce na região labial.

Palavras-chave: grânulos de Fordyce. jato de plasma. mucosa bucal fisioterapia dermatofuncional. harmonização facial.

ABSTRACT

One of the main reasons that lead people to seek facial harmonization is the beautification of the lip region. The lips constitute the mucosa that covers the mouth and can be superior or inferior. Its characteristics largely depend on the genetic heritage of the individual. Fordyce granules are asymptomatic sebaceous glands commonly found in the oral mucosa, upper lip and retromolar region. They are characterized by multiple yellowish or whitish papules. The appearance of lesions in the labial region leads to great aesthetic discomfort. Among the most common resources to alleviate the appearance of Fordyce granules are bichloroacetic acid, CO₂ laser, photodynamic therapy using 5-aminolevulinic acid and oral isotretinoin. As an alternative to traditional procedures and medication, the professional has the Plasma Jet. But is the Plasma Jet viable to achieve satisfactory results in combating Fordyce granules in the upper lips? Aiming to answer this question, the general objective of this article was to analyze the results of the use of plasma jet in the treatment of Fordyce granules in the upper lips. For that, a bibliographic review was carried out on the use of plasma technology, where positive and promising results were found for the reduction or even elimination of Fordyce granules in the labial region.

Keywords: Fordyce granules. plasma jet. buccal mucosa. dermatofunctional physiotherapy. facial harmonization.

INTRODUÇÃO

O mundo globalizado associado ao aumento da expectativa de vida faz aumentar cada vez mais o desejo de melhorar a aparência do rosto. A região labial é uma das que mais chamam

atenção, fazendo com que sejam muito procurados, procedimentos estéticos para este local. Apresentar lábios bonitos e bem cuidados, auxilia no aumento da autoestima, trazendo segurança e personalidade aos indivíduos. Atendendo não somente os padrões estéticos impostos pela sociedade moderna, mas visando principalmente a satisfação e bem estar do paciente.

Um dos grandes incômodos na estética labial, é a presença de grânulos de fordyce, que são glândulas sebáceas ectópicas, visto que estes são partes naturais da pele e não da mucosa bucal. Clinicamente surgem como pequenas pápulas amareladas, levemente elevadas de diâmetro inferior à 2mm, desde que não estejam coaptadas. Frequentemente encontram-se ligadas formando conglomerados que são localizados com maior frequência na região posterior da mucosa jugal e na mucosa labial. Dentre os recursos mais comuns da harmonização facial para amenizar a prevalência de grânulos de fordyce, estão ácido bicloroacético, laser de CO₂, terapia fotodinâmica usando ácido 5-aminolevulínico, isotretóina oral e curetagem. Como alternativa a estes procedimentos, o profissional pode utilizar o Jato de Plasma para reduzir ou até mesmo eliminar as imperfeições nesta região, para que os lábios pareçam mais saudáveis.

Mas será que o tratamento com jato de plasma traz resultados na remissão da condição estética que afeta a autoestima de portadores de grânulos de fordyce em lábios superiores? Como entre os principais efeitos do plasma na estão aumento significativo de colágeno tipo I, aumento dos fatores de crescimento, aumento da permeabilidade da pele e eletrocoagulação, torna-se de grande importância que estudos sejam feitos, para que os benefícios do jato de plasma possam ser associados à harmonização facial.

OBJETIVO

A pesquisa para o presente trabalho teve por objetivo geral analisar os resultados do uso do jato de plasma no tratamento de grânulos de fordyce em lábios superiores. Para tanto os objetivos secundários foram descrever os efeitos que o jato de plasma trás no tratamento dos grânulos de fordyce em lábios superiores e por fim descrever o que é plasma, onde é encontrado na natureza, formas de apresentação para uso na saúde, mecanismo de ação e benefícios do uso na harmonização orofacial, e especificamente para este artigo, o uso na região labial superior para tratamento dos grânulos de Fordyce.

MÉTODO

Este trabalho foi realizado por meio de uma revisão bibliográfica, que buscou analisar registros bibliográficos do efeito do jato de plasma para tratamento de grânulos de fordyce em lábios superiores. As bases de dados consultadas foram: Scielo, Google Acadêmico, Capes, ISI Web of Science e Pub Med., com pesquisa realizada entre julho e dezembro de 2022, finalizando com a elaboração de uma análise qualitativa dos dados coletados.

DISCUSSÃO E RESULTADO

Características morfológicas dos lábios

A parede anterior da boca é constituída por duas pregas musculomembranasas moles, compressivas e móveis conhecidas como lábios, que delimitam a rima da boca. O lábio superior normalmente é menor e menos móvel que o inferior. Em seu estudo são tidas como: face anterior, face posterior, margem aderente, margem livre e duas extremidades (MADEIRA, 2001).

A face anterior é coberta pela pele e evidencia as particularidades descritas a seguir. No lábio superior existe um sulco médio subnasal, ou filtro, de maneira triangular, cujo vértice se inicia abaixo do septo nasal e cuja base tem fim na margem livre do lábio por uma proeminência conhecida como tubérculo labial superior. Lateralmente ao sulco subnasal existe uma superfície triangular plana forrada de buço nas mulheres e crianças, ou de pêlos nos homens. O sulco nasolabial, que desce obliquamente da asa do nariz até o ângulo da boca, separa notavelmente o lábio superior da bochecha. No lábio inferior surge uma fóssula mediana com um elevado número de folículos pilosos e um sulco mentolabial, de convexidade superior, que separa o lábio do mento. A face posterior é associada com os arcos gengivodentais, a face posterior ou mucosa tem aspecto liso e cor rosada (BARROS, 2018).

A margem aderente retrata o limite periférico dos lábios pelo lado da face, a margem aderente do lábio superior condiz, a partir da linha mediana, à margem posterior das narinas, à extremidade posterior da asa do nariz e ao sulco nasolabial. A margem aderente do lábio inferior condiz, na parte mediana, ao sulco mentolabial e depois se confunde com a região do mento (FIGÚN, 1994). Na linha mediana, tanto em cima como embaixo, é descontínua por uma prega mucosa sagital, ou frênulo do lábio. Os frênulos são feixes de tecido fibroso de espessura e tamanhos alternáveis, cobertos pela mucosa da boca. A hipertrofia dos frênulos, mais recorrentes no lábio superior, pode motivar mudanças fonéticas e estéticas (lábio evertido), diastemas interincisivos e até afetar nas restaurações protéticas ou nos tratamentos ortodônticos. No adulto, o frênulo no lábio superior insere-se 1cm além da margem da papila gengival interincisiva. Já no lábio inferior não é muito desenvolvido (DI DIO, 2002).

A margem livre, de cor vermelho ou rosada, se manifesta como uma linha regularmente curva que a separa da pele (MADEIRA, 2001). No lábio superior, está o tubérculo labial, limitando lateralmente por duas depressões, enquanto no lábio inferior há uma depressão mediana e duas convexidades que se adequam às irregularidades do lábio superior. A margem livre é coberta por uma mucosa isenta de glândulas, mas ricamente vascularizada e terminações nervosas. Em 30% dos adultos estão evidentes na margem livre as glândulas sebáceas que são visíveis como pequenos corpos amarelos. A união dos lábios pelas extremidades é conhecida como comissura labial. Portanto, há uma comissura direita e outra esquerda; ambas se projetam sobre as faces distais dos caninos. Quando os lábios estão unidos pelas comissuras, delineiam a rima da boca, que se converte em fenda quando eles entram em contato em estado de oclusão (DI DIO, 2002).

Os lábios são estruturados em camadas ou planos que obedecem a seguinte ordem da superfície para a profundidade:

- 1) A tela subcutânea nesta região é delgada, e possui pouco tecido adiposo.

- 2) A camada muscular é composta pelo músculo orbicular da boca e por partes das fibras dos demais músculos dilatadores da rima oral que se misturam a ele.
- 3) A camada submucosa ou glandular está localizada profundamente à camada muscular, e apresenta-se com tecido celular pouco denso e com glândulas salivares menores glândulas labiais, cuja secreção é lançada diretamente na boca.
- 4) A mucosa que reveste internamente os lábios é aderente à camada submucosa (TEIXEIRA, 2010).

A face posterior dos lábios está ligada com o vestíbulo oral e com os arcos dentais. A mucosa nesta região apresenta aspecto liso e cor rósea. Na linha mediana, pregas sagitais da mucosa, os freios labiais, unem os lábios ao processo alveolar correspondente. O freio labial superior normalmente é mais desenvolvido do que o inferior.

Suprimento sanguíneo e linfático

As veias são subcutâneas e deságuam na veia facial e na submental. Já os vasos linfáticos do lábio superior são drenados pelos linfonodos submandibulares e às vezes pelos parotídeos inferiores. Em alguns casos, os vasos linfáticos mucosos são tributários dos linfonodos submentais e parotídeos pré-auriculares. Somente os vasos linfáticos cutâneos dos lábios superiores são drenados pelos linfonodos pelos dois lados, depois do cruzamento na linha mediana (FIGÚN, 1994). Os vasos linfáticos do lábio inferior terminam nos linfonodos submentais e submandibulares de ambos os lados. O cruzamento é normal para os vasos cutâneos, mas não muito frequente para cada metade do plano mucoso da boca. Por conta dos aspectos anatômicos o suprimento arterial do lábio divide-se em 3 áreas: lábios, região do filtro e do sulco nasolabial (MADEIRA, 2001).

Suprimento arterial dos lábios

A artéria carótida externa emite em torno de oito ramos que irrigam a face e as estruturas do pescoço, que são: artéria tireóidea superior, artéria faríngea ascendente, artéria maxilar, artéria lingual, artéria facial, artéria auricular posterior, artéria temporal superficial e artéria occipital (BRÁZ, 2017). A artéria carótida interna não emite ramos até adentrar no crânio. A artéria facial depois de se juntar à veia facial, se torna bastante superficial e, contornando a borda inferior da mandíbula no nível da borda anterior do masséter, penetra na face. As artérias encarregadas pelo fornecimento arterial dos lábios são oriundas da artéria facial (AF). Perto da comissura labial, se forma a artéria labial inferior, que se dirige previamente sob o depressor do ângulo bucal e, cruzando o orbicular dos lábios, apresenta um caminho tortuoso ao decorrer da borda do lábio inferior, entre esse músculo e a membrana mucosa (ROHRICH, 2009). Essa artéria anastomosa-se com a artéria do lado oposto. O lábio inferior é abastecido pelas AF, artéria labial inferior (ALI) e artéria labiomentoniana (ALM). A ALM pode manifestar ramos horizontal, chamada de artéria labial horizontal (ALH), e vertical, chamada de artéria labial vertical (ALV).

Parecido com o papel desempenhado pela ALS, a ALI é a principal encarregada pelo suprimento arterial do lábio inferior. Existe um modelo de alternância nas dimensões de ALH e ALV, embora haja predominância da ALV sobre a ALH (CROUZET, 1998). A ALS é maior e mais sinuosa que a inferior, mantém trajeto igual ao longo da borda do lábio superior, se mantendo

entre a membrana mucosa e o músculo orbicular dos lábios. Ela também se anastomosa com a artéria do lado oposto e emite um ramo septal, que banha o septo nasal, e um ramo alar, que banha a asa do nariz. A artéria mais importante do lábio superior é a ALS, sendo que os ramos subalares (ASA) e septal (AS) muitas vezes são optativos neste percurso (ROHRICH, 2009).

Em um estudo da anatomia vascular da região foram identificados os principais vasos fornecedores e investigado o tamanho e a distribuição destes vasos, mediante o uso de injeções de látex em artérias de cadáveres dissecados (TANSATIT, 2014). A origem do ALS foi superior ao ângulo da boca em 34 das 47 amostras (72,3%) e no ângulo da boca em 13 das 47 amostras (27,7%). Em cinco amostras (10%), a artéria labial inferior (ALI) não foi encontrada. Nos demais espécimes, o local de origem do ALI variou entre a margem inferior da mandíbula e o canto da boca. Seu diâmetro externo medido entre 0,5 e 1,5 mm. O ALI surgiu da AF acima do ângulo da boca em 4 amostras (8%), inferior ao ângulo da boca em 11 amostras (22%) e no ângulo da boca em 30 amostras (60%). Observamos que as artérias labiomentais, que formaram anastomoses entre a AF, o ALI e a artéria submental, apresentaram variações em seu curso na região labiomentais. Depois de emitir estes dois ramos, a artéria facial segue seu caminho ascendente e emite o ramo nasal lateral. Ela ascende em direção ao ângulo medial da órbita em meio às fibras do músculo levantador do lábio superior e da asa do nariz, junto a veia angular, mais lateralmente. Seus ramos anastomosam-se com a artéria infraorbital e, após irrigarem o saco lacrimal e o orbicular do olho, acabam anastomosando-se com o ramo nasal dorsal da artéria oftálmica (AL-HOQAIL, 2008).

OS GRÂNULOS DE FORDYCE

Grânulos de Fordyce são glândulas sebáceas ectópicas e assintomáticas, encontradas em diversos sítios da cavidade oral, especialmente no vermelhão do lábio superior, na região retromolar e na mucosa oral. Na visão clínica, se manifestam como pequenas pápulas esbranquiçadas ou amareladas confluentes que, eventualmente formam placas (PINAIR, 2005). Essa desordem, que atinge ambos os gêneros, tem início durante a primeira década de vida, entretanto, uma prevalência significativamente mais baixa foi analisada na população infanto-juvenil em contraposição a 80% de pacientes adultos acometidos (OCAMPO *et al.*, 2003). Acredita-se que os grânulos de Fordyce sejam estruturas normais que tem origem durante o desenvolvimento. Estudos indicam existir uma relação entre a idade e a presença desses grânulos, a qual parece estar ligada à redução da espessura da mucosa bucal com o processo do envelhecimento (PADILHA; SOUZA, 1998).

Fisiopatologia dos grânulos de Fordyce

Os grânulos de Fordyce são entidades de fácil diagnóstico clínico e não são necessários exames adicionais. O aparecimento dos grânulos de Fordyce está geralmente relacionado com as mudanças hormonais, o que pode levar à obstrução das glândulas sudoríparas e ocasionar seu aparecimento. Histologicamente, as glândulas sebáceas são alveolares e, geralmente vários alvéolos desembocam num ducto curto (NEVILLE *et al.*, 2001). Os alvéolos são compostos por uma camada externa de células epiteliais achatadas que descansam sobre uma membrana basal. Geralmente essas células proliferam e diferenciam-se em células arredondadas, cheias de gotículas de lípidos que enchem a luz dos alvéolos. Os núcleos dessas células degeneram-se de

forma gradual e as células mais centrais do alvéolo se rompem formando o produto da secreção sebácea dessas glândulas. A formação da secreção resulta da morte das células que a elaboram, por isso, diz que é uma glândula do tipo holócrino (PINAIR, 2005).

Clinicamente os grânulos de Fordyce se apresentam como numerosas granulações amarelas, vistas por transparência abaixo da mucosa do tamanho da cabeça de alfinete ou maiores, redondas ou poligonais, situadas umas ao lado das outras, em grande quantidade. Em geral, apenas elevam a superfície da mucosa, mas em outras ocasiões aparecem como se fossem placas. Não apresentam dor nem consistência palpável. Não são acompanhadas também de mudanças subjetivas, embora alguns pacientes se preocupem em observá-los, principalmente por aparecerem sobretudo na adolescência (CERRI, 2005).

Prevalência e distribuição dos grânulos de Fordyce segundo gênero e faixa etária

Inúmeras pesquisas sobre a prevalência de manifestações fisiológicas e patológicas da cavidade bucal tem sido realizada no Brasil (VELOSO; COSTA, 2002) e em outros países, levando em consideração, especialmente, a distribuição de diferentes patologias segundo o gênero e a faixa etária. Em relação aos grânulos de Fordyce, acredita-se que esta anomalia do desenvolvimento esteja presente entre 70 e 95% da população em geral. Na Alemanha analisaram 170 pacientes acima de 60 anos, cuja faixa etária prevalente foi a de 70/79 anos, tendo observado a presença de grânulos de Fordyce em 13,53% da população (BIRMAN *et al.*, 1991). Um estudo realizado no México analisou lesões na mucosa bucal em 100 adultos maiores de 50 anos residentes na capital deste país. A prevalência de grânulos de Fordyce foi de 31%, incluindo ambos os gêneros. No Brasil estudaram as manifestações fisiológicas e patológicas da cavidade bucal de 100 pacientes idosos (15 do sexo masculino e 85 do sexo feminino), entre 60-68 anos, de São Luís do Maranhão (VELOSO; COSTA, 2002). Os grânulos de Fordyce, classificados pelos autores no grupo de alterações fisiológicas, não foram observados no sexo masculino, e 11 casos foram registrados no sexo feminino. Pelo exposto, observa-se que poucos são os estudos que enfatizam especificamente a prevalência dos grânulos de Fordyce em uma população específica. Neste ponto de vista, é significativa a pesquisa feita por Gorsky *et al.* (1986) que, ao estudarem os grânulos de Fordyce na mucosa oral em um grupo de 2.462 adultos em Israel (1042 homens e 1420 mulheres), encontraram uma prevalência de 94,9% na amostra total, sendo o gênero masculino mais acometido.

Principais meios de tratamento utilizados no combate aos grânulos de Fordyce

Levando-se em consideração os problemas estéticos e funcionais associados a esta patologia, é inquestionável a necessidade de se estudarem as alterações que acometem a região, sejam elas patológicas ou fisiológicas. Grande parte dos pacientes são assintomáticos. Assim sendo, a demanda por tratamento não é grande. Entretanto, grande parte dos pacientes consideram receber tratamento por motivos estéticos, uma vez que as lesões não se solucionam naturalmente (PLOTNER, 2008).

Pelo fato de os grânulos de Fordyce comprometerem a estética, quando se localizam nos lábios superiores, variadas abordagens terapêuticas podem ser usadas, a exemplo da crioterapia, laser CO₂ e isotretinoína oral podem ser consideradas como opções de tratamento. Entre-

tanto, ablação a laser CO2 pode deixar cicatrizes depois, e isotretinoína não pode ser tomada por longos períodos de tempo. Nos dias atuais o tratamento com diferentes tipos de laser tem sido aconselhado pelo fato de ser uma alternativa rápida, efetiva e segura de tratamento, pois os relatos de efeitos colaterais do tipo cicatriz atrófica e hiperpigmentação são raros. Este tipo de tratamento concede vantagens, tais como favorecer a homeostase durante o procedimento cirúrgico, diminuir o edema e a sintomatologia dolorosa (OCAMPO *et al.*, 2003). Recentemente, terapia bem-sucedida com jato de plasma tem sido relatada, sendo uma opção alternativa de tratamento para os grânulos de fordyce.

TECNOLOGIA DE PLASMA

Em 1879, o físico Sir William Crookes descobriu o plasma, termo que só veio a ser usado em 1929 pelo químico Irving Langmuir (WASYLUK, 2017). O plasma é um gás ionizado, ou seja, excitado, formado por íons e elétrons, de baixo peso molecular. Quando os elétrons são retirados dos átomos e moléculas, este gás altera seu estado tornando-se plasma. Por isso que o plasma também é conhecido como o quarto estado da matéria, além do sólido, líquido e gasoso. Como exemplo de plasma podemos citar luzes fluorescentes, raios, aurora boreal, soldagem a arco elétrico, faíscas advindas de eletricidade estática, entre outros (PORCIUNCULA, 2015).

Em equipamentos de baixa temperatura, o plasma pode ser gerado a partir de diferentes gases como o Hélio, Argônio, Nitrogênio, Oxigênio e ar ambiente. Cada célula possui uma diferença de potencial elétrico entre os dois lados da membrana. Do lado interno a membrana tem uma carga negativa e do externo a carga é positiva. O plasma gerado pela corrente contínua é capaz de induzir a alteração da posição dos íons (Sódio Na⁺, Potássio K⁺) presentes ao longo da membrana celular, fazendo com que a atravessem (TENDERO *et al.*, 2015). O plasma térmico é um fenômeno que acontece na natureza, já o não térmico é aquele no qual a composição e a temperatura são reguláveis em uma ampla gama de parâmetros.

Existem alguns métodos utilizados para produção de plasma, dentre eles estão a agulha de plasma e caneta/lápis de plasma, descarga de barreira dielétrica e jato de plasma de pressão atmosférica. No Brasil ainda existem poucos equipamentos emissores de plasma, disponíveis no mercado. Um dos mais eficientes com relação a intensidade e entrega de resultados satisfatórios, é o Jett Plasma Lift Medical. Este equipamento é fabricado na República Tcheca, mas é importado para o Brasil seguindo todas as normas de segurança. Possui registro na ANVISA, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e selo do INMETRO, Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia. A aplicação desta tecnologia possibilita uma grande variedade de interações químicas com materiais, sendo capaz de melhorar ou até mesmo ativar as suas superfícies. O plasma age alterando as propriedades químicas e físicas das superfícies, sendo uma tecnologia vantajosa por permitir a manutenção das características do interior dos materiais (JETT PLASMA, 2021).

Tecnologia de plasma no tratamento dos grânulos de fordyce

A região dos lábios é uma das mais importantes, quando se trata de estética facial, conseqüentemente, tendo uma constante procura por procedimentos nesta área. Dentre os tratamentos médicos e cirúrgicos mais procurados, está o preenchimento com ácido hialurônico

(GRAPPOLINI, 2018).

A exérese de plasma ioniza os gases existentes na lacuna espacial entre a ponta proximal do instrumento e o tecido que está sendo tratado. O plasma é formado pela ponta do aparelho na forma de um estado de matéria similar a um gás, e a energia formada é transferida para a camada superficial da pele. O tecido é sublimado, e é criada uma transferência direta do tecido de uma forma sólida para um estado gasoso. O contato direto com a pele é evitado. Como uma zona de passagem elétrica não é criada, a resistência elétrica eventual do tecido não influencia a sublimação do tecido. O calor é sugado pelo tecido a ser tratado e não é transportado para o tecido circundante ou o subcutâneo (OSAKI, 2019). A exérese plasmática tem sido utilizada na medicina estética para rugas periorais, dermatocalase palpebral e outras doenças benignas da pele. Por meio de uma microscopia confocal de refletância (RCM), tecnologia que capta apenas uma porção de um ponto focal, conseguiu-se verificar que o procedimento com jato de plasma não causa danos a matriz dérmica. (FORNO, 2018).

No tratamento dos grânulos de fordyce o plasma apresentou conter o dano dentro do parênquima conectivo, consentindo uma cicatrização mais ágil, tanto no processo reparativo imediato, quanto no pós-operatório, em comparação com os procedimentos à laser. O dispositivo plasmático atua em uma região mais superficial, sendo improvável ocasionar eventual lesão labial. O procedimento pode ser executado com a aplicação anestésico tópico simples, dependendo da tolerância a dor de cada indivíduo. (CARREGAL, 2012). As principais vantagens desse aparelho são as contraindicações moderadas, diminuição da dor intraoperatória, tratamento e recuperação, ambos rápidos, com uma boa relação custo-efetividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a presente revisão de literatura, percebeu-se uma grande preocupação das pessoas, com a beleza da região labial. Os grânulos de fordyce, apesar de seu caráter assintomático e de serem considerados variantes da normalidade, são motivo de grande insatisfação por razões estéticas. Nos últimos anos os tratamentos com laser, eletro e fototerapia para fins estéticos evoluíram bastante, e tais tratamentos passaram a ter grande aceitação por parte dos profissionais.

Com o aumento de procura por tratamentos não cirúrgicos e menos agressivos, surgiu o jato de plasma como um grande aliado para as técnicas para tratamento de lesões labiais, com resultados satisfatórios, menor tempo de recuperação e retorno do paciente mais rápido as atividades diárias. O sistema utilizado permite controle do aquecimento tissular e fulguração precisa. Vem sendo aplicado com boa resposta no tratamento de várias lesões cutâneas benignas, e por isso é uma opção terapêutica para os grânulos de fordyce.

Considerando a facilidade de seu uso e a precisão com que as lesões são retiradas, considera-se o jato de plasma uma ótima alternativa para o tratamento dos grânulos de fordyce, uma das principais queixas estéticas desta região. É minimamente invasivo e com baixo impacto na qualidade de vida do indivíduo que se submete ao procedimento. O emprego da tecnologia plasmática vem demonstrando resultados promissores na harmonização facial. Seus efeitos positivos podem ser relacionados ao tipo de aparelho, tempo de aplicação e ao tipo de gás utilizado. Sendo assim são necessários novos estudos, além da revisão dos já realizados, para aprimoramento da técnica e obtenção dos melhores resultados no tratamento dos grânulos de fordyce em lábios superiores.

REFERÊNCIAS

- AL-HOQAIL, Meguid E. Anatomic dissection of the arterial suppl of the lips: an anatomical and analytical approach. *J Chaniofac Surg*. 2008.
- BARROS, Tarley Pessoa, *et al*. *Atualidades em Harmonização Orofacial*. Ribeirão Preto: Tota, 2018.
- BIRMAN, E. G.; SILVEIRA, F. R. X. da; SAMPAIO, M. C. C. Prevalência de lesões da mucosa bucal em pacientes geriátricos. *Rev. Fac. Odontol. F.Z.L*, vol.3, número 1, 1991.
- BOGGIO, Ricardo Frota, *Modelo dinâmico de anatomia facial aplicada*. São Paulo: Amplitude, 2017. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, São Paulo, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492016000400226&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de outubro de 2022.
- BRÁZ, AV, SAKUMA, TH. Compartimento de gordura profundo (CGP). *Atlas de anatomia e preenchimento global da face*. 1a . ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- CANULLO, Luigi, *et al*. Soft tissue cell adhesion to titanium abutments after diferente cleaning procedures: preliminary results of a randomized clinical trial, *Clinical Oral Implants Research*, Valência, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24121917/> Acesso em 10 de dezembro de 2022.
- CARREGAL, Taisa Bertocco *et al*. Ptose palpebral: avaliação do posicionamento palpebral por imagens digitais. *Revista brasileira de oftalmologia*, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003472802012000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 de julho de 2022.
- CERRI, A; SILVA, C. E. X. S.R. Desvios de normalidade da cavidade bucal. 2005. Disponível em: http://www.guiaodonto.com.br/ver_artigo.asp?codig=1221 Acesso em 25 de setembro de 2022.
- CROUZET, C, *et al*. Anatomy of the arterial vascularization of the lips. *Surg Radiol Anat*.1998.
- DI DIO, LJA. *Tratado de anatomia sistêmica aplicada* 2 a ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.
- DOMANSKY, Rita de Cássia, BORGES, Eliane Lima. *Manual para prevenção de lesões de pele. Recomendações baseadas em evidências*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.
- DONG, Xiaoging, *et al*. Evaluation of plasma treatment effects on improving adhesive/dentin bonding by using the same tooth controls and varying cross-sectional surface areas. *European Journal of Oral Sciences* 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23841788/> Acesso em: 07 de novembro de 2022.
- EBLING, John G, *Human skin anatomy*, Sheffield, United Kingdom, 2020. Disponível em: <https://www.britannica.com/science/human-skin> Acesso em 17 de novembro de 2022.
- FIGÚN, M. E.; GARINO, R. R. *Anatomia funcional odontológica e aplicada*. 1994.
- FORNO, Eliana *et al*. Diminuição da função do músculo levantador da pálpebra superior em pacientes submetidos à cirurgia de ptose palpebral involucional e dermatocalase. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, São Paulo, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492008000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 de dezembro de 2022.

GORSKY, M.; BUCHNER, A.; FUNDOIANU,-DAYAN, D.; COHEN, C. Fordyce granules in the oral mucosa of adult Israeli Jews. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1986.

GRAPPOLINI, Simone, Blefaroplastia e procedimentos ancilares. Rio de Janeiro: Revinter, 2018.

JETT PLASMA, Jett Plasma Lift Medical. República Tcheca. c2021, Disponível em: <https://en.jett.eu/products/dermatology/1404-jett-plasma-lift-medical> Acesso em 10 de agosto de 2022.

JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchôa, CARNEIRO, José. *Histologia Básica*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2013.

KROESEN, Gerrit M.W. Plasmas are cool for dental disinfection, *Journal of Medical Microbiology*. Columbia, 2020. Disponível em: <https://research.tue.nl/en/publications/plasmas-are-cool-for-dental-disinfection/> fingerints / Acesso em 20 de julho de 2022.

LONG, C; CESARI, A. *et al.* Skin aging: in vivo microscopic assessment of epidermal and dermal changes by means of confocal microscopy. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2011.

LUVIZUTO, Eloá, QUEIROZ, Thalita. *Arquitetura facial*. Nova Odessa: Napoleão-Quintessence, 2019.

MADEIRA, MC. *Anatomia da Face: bases anátomo-funcionais para a prática odontológica*. 3a.ed. São Paulo: Editora Sarvier; 2001.

MAIO, Mauricio. *Tratado de Medicina Estética*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

MATTHEWS, TG. The anatomy of a smile. *J. Prosthet. Dent.* v.39, n.2, 1978.

NEVILLE, B. W; DAMM, D. D.; WHITE, D. K. *Atlas colorido de patologia oral clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

OCAMPO, Candiani J, Villarreal-Rodriguez A, Quinones-Fernandez AG, Herz-Ruelas ME, Ruiz-Esparza J. Treatment of Fordyce spots with CO2 laser. *Dermatol Surg.* 2003

OSAKI, Tammy. *et al.* Rejuvenescimento palpebral e periorbital. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

PADILHA, D. M. P.; SOUZA, M. A. L. Alterações da mucosa bucal observadas em dois grupos de idosos no Brasil e na Inglaterra. *Rev. Odonto. Ciência.*, n. 25, 1998.

PINAIR, YA, BILGE, O, GOVSA, F. Anatomic study of the blood supply of perioral region. *Clin Anat.* 2005.

PLOTNER AN, BRODELL RT. Treatment of Fordyce spots with bichloroacetic acid. *Dermatol Surg.* 2008

PORCIUNCULA, Mariana *et al.* Tecnologia de plasma na Odontologia: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722015000100019. Acesso em 02 de outubro de 2022.

ROHRICH, RJ, PESSA, JE. The anatomy and clinical implications of perioral submuscular fat. *Plast Reconstr Surg*, 2009.

RUFENACHT, CR. *Fundamentos de estética*. 3 a .ed. São Paulo: Ed. Santos, 1990.

SINHA, Dakshita J. Cold. Plasma: A new realm in endodontic disinfection, International Journal of Current Research, Moradabad , 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/282641162_Cold_plasma_A_new_realm_in_endodontic_disinfection/link/5614c16008ae983c1b40bd0e/download Acesso em 25 de outubro de 2022.

SUGUINO, R, *et al.* Análise Facial. Revista Dental Press Ortod. e Ortopedia dos Maxilares. 1996.

TANSATIT, T. APINUNTRUM, P. PHETUDOM, T. A typical pattern of the labial arteries with implication for lip augmentation with injectable fillers. Aesthetic Plast Surg. 2014.

TASSINARY, João. Raciocínio clínico aplicado á estética facial. Lajeado: Ed. Estética experts, 2019.

TEIXEIRA, LMS, REHER, P, REHER, VGS. Anatomia aplicada à cabeça. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TENDERO, S Diaz, *et al.* Internal energy dependence in X-ray-induced molecular fragmentation: an experimental and theoretical study of thiophene. Physical Review A, v. 91, n. 4, 2015.

VELOSO, K. M. M.; COSTA, L. J. Avaliação clínica e orientação terapêutica das manifestações fisiológicas e patológicas da cavidade bucal de pacientes idosos de São Luís do Maranhão. Maranhão. 2002. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?idesp=5&ler=s>. Acesso em 12 de julho de 2022.

WASYLUK, Weronika *et al.* Limits of body composition assessment by bioelectrical impedance analysis (BIA). Journal of Education, Health and Sport, v. 9, n. 8, 2017.



**Padronização do acolhimento
prestado às famílias na unidade de
terapia intensiva: importância das
orientações do enfermeiro**

**Standardization of care provided to
families in the intensive care unit:
importance of nursing guidelines**

Karina de Fatima Marafigo
Marly Terezinha Della Latta

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.21

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada um setor restrito, destinado a pacientes críticos, porém recuperáveis, que necessitam de monitorização contínua e suporte médico e tecnológico avançado. Devido a estas particularidades encontradas na UTI, não é permitida a permanência de familiares na grande maioria destes serviços. O fato de possuir um ente querido gravemente enfermo gera incertezas, insegurança, temor e estresse aos familiares mais próximos, muitas vezes se estendendo a toda família. Neste contexto surge a necessidade de acolher e tratar de forma mais humanizada possível o núcleo familiar, promovendo uma escuta qualificada, sanando suas dúvidas e satisfazendo suas principais necessidades. Através desta perspectiva levanta-se a seguinte questão: A elaboração de um Procedimento Operacional Padrão voltado ao acolhimento prestado às famílias de pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Cruz de Canoinhas (HSCC) - SC é viável para a melhoria deste acolhimento? Este estudo trata-se de uma pesquisa aplicada, qualitativa, quantitativa e descritiva que objetiva sugerir a implantação de um Procedimento Operacional Padrão (POP) de acolhimento aos familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Cruz de Canoinhas (HSCC) – SC. Os dados que alimentam o estudo foram obtidos através da aplicação de um questionário aos familiares e da avaliação sistemática do acolhimento prestado. Com base nestes dados, foi elaborado um Procedimento Operacional Padrão (POP) e sugerida sua implantação. Os resultados obtidos demonstram que a equipe de enfermagem possui limitações no que se diz respeito ao acolhimento, e que os familiares sentem a necessidade de serem ouvidos e acolhidos de forma adequada. Com relação ao POP sugerido, foi obtido sucesso quanto à aceitação e futura implantação por parte das lideranças do HSCC, possibilitando novos estudos que avaliem sua efetividade no cotidiano.

Palavras-chave: acolhimento. unidade de terapia intensiva. familiares. enfermagem. procedimento operacional padrão.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is considered a restrict area destined to patients in critical condition, but recoverable, that need continuous monitoring, medical support and advanced technological support. Because of those particularities found in the ICU the entrance of relatives is not permitted during most of the services that are realized there. Having a loved one critically ill generate incertitude, insecurity, fear and stress to the closest relatives and many times it extends to the whole family. In this context there is a necessity to welcome and treat in a more humanized way the families, promoting qualified hearing, answering their questions and satisfying their needs. Through this perspective there is the following question: Is the development of an Operational Procedure Pattern aimed at providing support to the families of patients in the Intensive Care Unit of the Hospital Santa Cruz de Canoinhas (HSCC) – SC viable to improve the well being of the families? This study is an applied research, qualitative, quantitative and descriptive that has the objective to suggest the implementation of an Operational Procedure Pattern to improve the well being of the families of the patients that are being treated in the Intensive Care Unit of the Hospital Santa Cruz de Canoinhas (HSCC) – SC. The data used in this study was obtained from a survey applied to the families and the systematic evaluation of the well being improvement. An Operational Procedure Pattern was developed based on the data and the implementation of the pattern was suggested. The results obtained show that the nursery team has issues related to the well being of the families and the families have the need to be better cared of and being heard. The Operational Procedure Pattern was a success of acceptance by the leadership of the HSCC.

Keywords: well being. intensive care unit. nursing. families. operational procedure pattern.

INTRODUÇÃO

De acordo com Moritz *et al.* (2011), o cuidado às famílias é uma das partes mais importantes da assistência global prestada aos pacientes internados em UTI. O adoecimento agudo, acompanhado pelo risco de morte inesperada, gera desequilíbrio do sistema familiar por sensações de impotência, fragilidade e vulnerabilidade.

Reorganizar as rotinas de trabalho de forma que as ações não sejam voltadas ao modelo tecnicista, mas sim considerando todo o contexto familiar em que o paciente internado está inserido é uma árdua tarefa do enfermeiro que atua em UTI (FRIZON; NASCIMENTO; BERTONCELLO, 2012).

Sendo a UTI um local imprescindível na recuperação de pacientes em estado grave de saúde, devendo prestar assistência integral ao paciente e sua família, esta pesquisa tem o objetivo de investigar como a equipe de enfermagem presta o acolhimento aos familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Cruz de Canoinhas – SC, bem como as principais necessidades sentidas por estes familiares, sugerindo assim a padronização deste acolhimento.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa aplicada, descritiva, quantitativa e qualitativa. A coleta de dados foi realizada entre os dias 16 de agosto de 2018 a 22 de agosto de 2018. Os dados foram obtidos de duas formas: a) foi aplicado um questionário próprio contendo 11 perguntas e fechadas e 01 pergunta aberta aos familiares que abrangem questões referentes à percepção do acolhimento recebido na UTI e aos sentimentos e sensações relacionadas a este ambiente; b) foi realizada observação sistemática do acolhimento prestado por diferentes profissionais, norteada por um roteiro avaliativo próprio levando em conta 06 aspectos relacionados ao acolhimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Algumas questões levantadas aos familiares tiveram maior relevância no desenvolvimento da pesquisa, demonstrando efetivamente a necessidade de melhorar o atendimento prestado às famílias.

a) Você sabe o nome do profissional que lhe acolheu no momento em que seu familiar foi internado?

No estudo realizado, a menor parte dos entrevistados, vinte por cento (n=2) afirma que no momento do internamento o profissional de enfermagem se apresentou dizendo seu nome e função. Trinta por cento (n=3) relata que o profissional não se apresentou e cinquenta por cento (n=5) diz não se recordar devido ao nervosismo vivido no momento.

O vínculo entre enfermagem e família é uma forma de minimizar o isolamento social proporcionado pela hospitalização, e também auxiliar na reestruturação biopsicossocial dos familiares. Esta forma de tratamento com a família tem como objetivo auxiliá-la em seus anseios, sem que a família seja percebida como dificultadora do cotidiano da enfermagem (SILVA *et al.*, 2016).

É incontestável a necessidade de o enfermeiro se preocupar em construir um vínculo com o familiar já no primeiro momento, se apresentando dizendo seu nome e função, oferecendo as informações requisitadas, ouvindo com calma e atenção o que o familiar tem a dizer, identificando suas dificuldades e necessidades.

b) Percepção das sensações e sentimentos vividos pelo familiar

Este item refere a uma avaliação subjetiva, realizada a partir da abordagem aos familiares observando seu comportamento, sua linguagem corporal, tom de voz e expressões faciais. São dados que exprimem a percepção dos sentimentos vividos pelos familiares na visão da enfermagem.

De acordo com os dados coletados, cinquenta por cento (n=5) dos familiares apresentavam sinais de ansiedade, questionando a demora da evolução do quadro e a previsão de alta. Trinta por cento (n=3) demonstravam nervosismo, havendo dificuldade para o enfrentamento da situação e entendimento das informações. Vinte por cento (n=2) demonstravam expressões faciais e corporais de tristeza. Também vinte por cento (n=2) contestavam a gravidade do caso, demonstrando esperança aumentada por uma melhora milagrosa. Estes familiares mesmo com um prognóstico ruim estabelecido e esclarecido a eles pelo médico apresentavam sinais de negação, não aceitavam a possibilidade de piora e conseqüente óbito do paciente. Dez por cento (n=1) apresentava motivação e foco na religiosidade, demonstrando que a fé pode auxiliar no enfrentamento da doença.

Em meio à frieza e complexidade do ambiente da UTI, não pode ser deixado de lado o ato de perceber a família que ali se encontra em situação de sofrimento, muitas vezes desestruturada frente à possibilidade de perda de quem se ama. Os familiares necessitam de um olhar mais sensível da equipe de saúde, do uso da subjetividade do cuidado e da empatia, com o objetivo de satisfazer as necessidades das famílias na UTI (SILVA; SANTOS; SOUZA, 2011).

c) Foi proporcionado a este familiar um momento de escuta?

À apenas vinte por cento dos familiares (n=2) foi proporcionado um momento de escuta pelo psicólogo. Ao longo da pesquisa não foi observado nenhum momento de escuta proporcionado aos familiares pelo enfermeiro. Parar para ouvir o familiar e tentar de alguma forma suprir suas necessidades não é uma rotina estabelecida nesta UTI.

Segundo Leite *et al.* (2015), oferecer espaços e momentos de escuta aos pacientes e seus familiares no processo de hospitalização na UTI é de extrema importância para nortear e qualificar o serviço prestado pela equipe de enfermagem. Dessa forma, pode ser proporcionada a atenção integral e holística ao cliente e família, viabilizando um cuidado humanizado.

A enfermagem é vista como uma espécie de ponte entre a família e o paciente. São os profissionais de enfermagem que passam a maior parte do tempo com o paciente, que prestam diretamente o cuidado que ele precisa. Proporcionar ao familiar um momento de escuta, respondendo às suas angústias e preocupações, pode trazer maior tranquilidade à família, conferindo

uma relação de confiança com o enfermeiro.

d) Em algum momento, você ou alguém da sua família foi acolhido pelo enfermeiro em uma sala para colocar-se à sua disposição, ouvi-lo e ajudá-lo a entender a situação em que seu familiar se encontra?

Os participantes da pesquisa foram abordados questionando se alguma vez o entrevistado ou alguém da sua família, foi acolhido pelo enfermeiro em uma sala para colocar-se à sua disposição, ouvi-lo e ajudá-lo a entender a situação em que seu familiar se encontra. Trinta por cento (n=3) afirmam já ter sido acolhidos desta forma, e que isso foi importante para um melhor enfrentamento da situação. Setenta por cento (n=7) relatam que nunca foram acolhidos desta forma, mas que gostariam que isso acontecesse.

Quando nos encontramos abertos a nos envolver com o paciente e sua família, muitas dificuldades são superadas, permitindo o equilíbrio entre as necessidades emocionais e o uso de tecnologias duras. Ao longo do tempo, percebe-se que as experiências vividas com o acolhimento são gratificantes, em especial quando a família consegue manifestar confiança no enfermeiro e nos demais integrantes da equipe de saúde. Com o acolhimento em meio a essa relação de confiança, o enfermeiro torna-se o apoio destes usuários (MAESTRI *et al.*, 2012).

As respostas obtidas nesta questão comprovam a importância que os familiares dão ao acolhimento. No momento de angústia, medo e insegurança vivido quando se tem algum ente querido passando por uma grave enfermidade, este familiar precisa ser ouvido, respondido, se sentir importante para a equipe e encontrar nela o apoio que precisa, estabelecendo um relacionamento de confiança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após observar sistematicamente o acolhimento prestado na UTI do HSCC – SC e ouvir diretamente dos familiares como é percebido o acolhimento realizado, foi possível identificar o quanto é necessário padronizar este acolhimento. Receber todos os familiares da mesma forma, oferecer escuta qualificada, esclarecer dúvidas e identificar suas necessidades e supri-las, faz do atendimento algo realmente humanizado, contemplando toda a integralidade que envolve a hospitalização do paciente crítico.

Foi observado que durante o acolhimento a conversa com o familiar é superficial e despersonalizada, realizada por profissionais que não se sentem preparados para responder aos questionamentos levantados. O familiar visitante na maioria das vezes não recebe nenhum tipo de informação sobre o paciente por parte da enfermagem, o que gera ansiedade, desconforto e frustração por muitas vezes ter que esperar até o dia seguinte para então obter informações no boletim médico.

Os familiares anseiam em saber sobre seu ente querido. Mesmo uma conversa simples, como por exemplo, falar sobre a alimentação ou banho realizado, é capaz de deixá-los mais tranquilos, transmitindo a sensação de que o paciente está em boas mãos. Percebeu-se também que o profissional que aborda os familiares na porta de entrada da UTI nem sempre se identifica dizendo seu nome e função ou realiza as orientações gerais antes da entrada dos familiares, o que prejudica o acolhimento desde o início.

Prestar o acolhimento de forma adequada não beneficia somente o familiar em questão. É uma oportunidade de o enfermeiro apresentar o quanto seu papel e o papel de sua equipe são essenciais na recuperação do paciente. É a chance de colocar a enfermagem em ênfase diante da família e demonstrar o quanto é fundamental para a integralidade do tratamento.

Sendo assim, foi elaborado um POP visando padronizar e acolher melhor os familiares, garantindo que seja utilizado um método uniforme de forma a atender as necessidades sentidas pelas famílias. Incluir os familiares no núcleo de cuidados torna possível o estabelecimento de vínculo com a enfermagem e um relacionamento de confiança e respeito mútuo, humanizando ainda mais assistência, chegando cada vez mais perto de um padrão de excelência e qualidade no atendimento.

REFERÊNCIAS

FRIZON G.; NASCIMENTO E. R. P.; BERTONCELLO K. C. G. Necessidades dos familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enferm.* 2012 Out/Dez; 17(4):683-9. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30366>>. Acesso em: 28/10/2018.

LEITE M. T. *et al.* A hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 535-549, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46060/35456>>. Acesso em: 21/10/2018.

MAESTRI E. *et al.* Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(1):75-81. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a10.pdf>>. Acesso em: 06/11/2018.

MORITZ R. D., *et al.* II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátricos. *Revista brasileira de terapia intensiva.* 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a05v23n1.pdf>>. Acesso em: 26/02/2018.

SILVA R. M. M. *et al.* Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. *Enferm Cent Oeste Min.* 2016;6(2):2258-70. Disponível em: <<https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/download/897/741/>>. Acesso em: 28/09/2018.

SILVA L. W. S.; SANTOS F. F.; SOUZA D. M. Sentimentos da família diante do enfrentamento do viver-morrer do membro familiar na UTI. *R. Enferm. UFSM.* 2011 Set/Dez;1(3):420-430. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3604/2408>>. Acesso em: 21/10/2018.



Uso do desenho como estratégia para aprender anatomia humana

Fábio dos Santos Souza
Tayroni Moretto
Thalys Moretto
Alexandre de Moura Ribeiro
Iván Cruz Alvarez Cantos
Vagner Ferreira do Nascimento

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.174.22](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.174.22)

RESUMO

A Educação Atual apresenta mudanças contínuas que respondem a um processo de ensino aprendizagem e, conseqüentemente, utilizam o desenho como estratégia de aprendizagem. Nesse sentido, os autores apresentam os resultados da experiência de alunos do primeiro ano de Medicina na utilização do desenho como prática de aprendizagem da Anatomia Humana. Tendo em vista as técnicas de aprendizagem existentes, a elaboração de croquis que ilustrem as estruturas anatômicas foi escolhida de forma relevante pela maioria dos alunos de Medicina da Universidad Tres Fronteras, Filial Pedro Juan Caballero/Paraguai, no ano de 2021. Através do desenho, além de ser mais atraente e divertido, estimula o aluno a visualizar e entender melhor os planos anatômicos, o que permite reter com mais facilidade o conhecimento anatômico. A articulação teórico-prática, a reflexão crítica, a colaboração e a visão interdisciplinar dos alunos sobre a importância da compreensão da disciplina de Anatomia Humana foram promovidas através da elaboração de desenhos ilustrativos feitos pelos próprios alunos, tendo como vantagens a otimização do tempo, a sua exibição a qualquer momento, a organização dos estudos e memória de longo prazo. Diante das informações coletadas, foi apontada a possibilidade de implementação ou manutenção dessa técnica nas estratégias de ensino-aprendizagem pelos professores. O objetivo deste trabalho foi demonstrar o croqui como estratégia que permitiu o desenvolvimento de uma aprendizagem mais significativa de Anatomia Humana nos alunos do primeiro ano da Carreira de Medicina/2021, da Universidade Três Fronteiras, Ramo Pedro Juan Caballero. Como ferramenta de pesquisa para coleta de dados, foi utilizado o Google Forms.

Palavras-chave: anatomia humana. ensino. aprendizagem. desenho.

EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDAD TRES FRONTERAS FILIAL PJC, NA IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER O APRENDIZADO DA ANATOMIA HUMANA POR MEIO DO USO DE DESENHOS

A Educação Médica deve promover no seu currículo uma articulação entre a dimensão Biológica e Social, com uma abordagem de cuidados integrais (Wittrock, 1990a), com vista a formar estudantes com um perfil contemporâneo, generalista, humanista e crítico que apresentem competências gerais e específicas para prática efetiva nos diferentes cenários assistenciais dos Sistemas de Saúde (Savassi *et al.*, 2018).

A maioria das disciplinas é direcionada para a parte de linguagem, matemática e ciências em geral, relegando a arte para pré-escolas e jardins de infância, e depois à medida que a criança cresce esta área de conhecimento desaparece gradativamente de suas atividades acadêmicas, até o bacharelado, onde como disciplina sai completamente do currículo oficial, tornando-se em casos isolados disciplina eletiva em programas extraclasse, esquecendo-se assim da sua importância e de como a arte, principalmente o desenho, pode ser utilizada como mais uma ferramenta auxiliar de estudo que pode ser agregada aos que existem. No caso das universidades, esta realidade também não escapa, onde encontramos, por exemplo, casos como a medicina, que é considerada uma carreira puramente científica e que privilegia o estudo da biologia, química, matemática e outras ciências da Saúde Expósito, S. S. (2019).

As escolas médicas são construções sociais e a educação médica é uma prática social

que tem como principal objetivo formar profissionais médicos e de saúde capazes de contribuir para a melhoria da condição humana. A arte desempenhou um papel fundamental na compreensão e no ensino da anatomia humana durante séculos, e o uso do desenho como ferramenta de ensino foi bem documentado. Com a modernização global da educação médica, o ensino da anatomia diminuiu. Apresentamos um modelo de ensino de anatomia por design e avaliamos sua eficácia em melhorar a retenção do conhecimento anatômico pelos alunos. Borrelli, M. R. (2018)

A Carreira de Medicina, na Faculdade de Ciências da Saúde da UNINTER, foi criada pela Lei nº. 2.142, de 20 de junho de 2003, e orienta-se com base em fundamentos metodológicos, cuja ação enfatiza o processo ensino-aprendizagem ativo-participativo que tem como foco a análise dos problemas e a proposta de soluções em prol da saúde. A formação dos alunos abrange conhecimentos teóricos, práticos, científicos e técnicos, com uma abordagem humana e tendo em conta as condições ambientais do meio físico e social, cumprindo os requisitos de biossegurança e as técnicas mais atualizadas para motivar os alunos e professores no desenvolvimento conjunto de competências, habilidades e habilidades úteis para um desempenho eficaz.

A anatomia humana é percebida por estudantes e educadores de ciências da saúde como um curso caro, desafiador e trabalhoso. A fim de melhorar a compreensão da anatomia humana, o uso de abordagens centradas no aluno, incluindo desenho, é incentivado. (Nuuyoma, V., & Josef, E. 2021). A disciplina de Anatomia Humana tem carga horária total de 320 horas, sendo desenvolvida em 10 horas aulas semanais, com duração de 6 horas teóricas e 4 horas práticas, perfazendo um total de 20 créditos. Foi ofertado no período de março de 2021 a dezembro de 2021, semanalmente de segunda a sexta-feira, por uma equipe multidisciplinar composta por cinco docentes e um coordenador geral. A turma era composta por 57 alunos.

Os conteúdos específicos, os métodos de análise e as técnicas e instrumentos de trabalho enquadram-se numa visão integral sobre a melhoria da saúde e do cuidado, assistência e tratamento de pessoas doentes para que os jovens estudantes estejam preparados para responder às questões que se colocam no trabalho diário, e também saber se desenvolver com recursos práticos para atender as necessidades do momento.

De modo geral, não é difícil observar que na maioria das salas de aula o professor, que é o detentor do conhecimento, e o aluno interpretado como detentor das verdades acabadas, acaba não refletindo e chegando a soluções de forma independente (Bacich & Moran, 2018). Nesse cenário, a diversidade de técnicas de aprendizagem ativa pode ser útil desde que seu uso seja equilibrado e adaptado ao contexto individual e coletivo (Sezer & Abay, 2018).

Segundo a teoria da atividade, na formulação do objetivo deve ser expressa a sua ligação com a atividade a ser realizada, em relação ao seu objeto de assimilação ou transformação (Vieira *et al.*, 2018).

Este requisito relaciona o objetivo com o conteúdo da atividade e, conseqüentemente, com o conteúdo do ensino. Ou seja, os problemas ou tarefas que são propostos ao aluno devem estar intimamente ligados ao conhecimento que se espera alcançar (Cavicchia *et al.*, 2018).

Disso depende, em grande medida, o sucesso do ensino. A necessidade de vincular o objetivo à atividade a ser realizada pelo aluno exige sua formulação em termos de ações ou tarefas a serem resolvidas pelo aluno. (Santos *et al.*, 2019)

Neste caso, a Anatomia é considerada uma ciência descritiva que permite introduzir ao aluno a linguagem da Medicina e das Ciências da Saúde, composta por nada menos que dez mil termos próprios, correspondendo na sua maioria à Anatomia Geral (Munari, B. 1993). Esta atividade é parte essencial da formação em todas as áreas da Medicina; por isso, a terminologia tem-se desenvolvido como uma linguagem internacionalmente aceita que permite uma comunicação mais precisa, ou seja, entre aluno-conteúdo (Ferreira, 2017a). Aprender lendo é uma experiência passiva. Muitas técnicas inovadoras foram apresentadas para incentivar os alunos a ter uma atitude mais ativa em relação ao aprendizado. (Noorafshan, A.2014).

Durante muitas décadas, o ensino da anatomia humana foi sustentado por uma atividade docente centrada em longas horas de dissecações cadavéricas, complementadas por máster classes e extensas leituras, sem deixar claro os seus contributos para a formação profissional, nem a extensão e profundidade dos conhecimentos exigidos, e a formação médica exige uma formação crítica baseada em problemas e necessidades, promovendo a autoaprendizagem e sendo analítico e criativo (Ferreira, 2017b).

Sem dúvida hoje é relevante orientar a preparação dos professores numa perspetiva de formação permanente, onde se integram processos de serviço, formação, atualização e se dá ênfase aos processos de sistematização e investigação de práticas educativas e de autoaprendizagem (Wittrock, 1990b).

Segundo Castillo, (2020), o desenho possui algumas características de espontaneidade, descrição, caracterização e provisoriade que o faz por vezes ser utilizado como sinónimo de 'ideia'. O desenho em seu sentido comum de expressão gráfica, possui diversas características semelhantes à ideia de 'proposta'. É explícito, ou seja, é uma chamada para mostrar algo que está oculto. Além disso, é 'expresso', ou seja, pensado para ser 'dito'. É descritivo, ou seja, destinado a caracterizar, delinear, identificar. Muitas vezes é espontâneo, faz parte de um discurso didático multinível. Além disso, caracteriza a ideia que a substitui, simplifica e focaliza. E fá-lo com espírito provisório, com uma intenção expositiva e até comunicativa.

Neste sentido, a presente investigação pretende demonstrar o desenho como uma estratégia que permitirá o desenvolvimento de uma aprendizagem mais significativa da Anatomia Humana nos alunos, de forma a alcançar nos mesmos uma maior motivação e desempenho (Ferreira, 2017c).

A liberação ética e a permissão foram concedidas pelo Comitê de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Internacional Três Fronteras. Os princípios éticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça foram respeitados. Os aspectos benéficos experimentados do desenho são melhor compreensão do curso, maior criatividade e integração da teoria na prática (Sensevy, G. 2007). Aspectos desafiadores foram relacionados à falta de habilidades artísticas, limitações de tempo, desenhos complexos e complicados, bem como a escassez de materiais e recursos de aprendizagem. A fim de melhorar o design como uma atividade de aprendizagem em anatomia humana, recomendações foram feitas para estudantes de medicina, educadores e futuros pesquisadores.

Como exemplos disso, os desenhos feitos por uma aluna (Figuras 1 e 2), de forma espontânea, motivada e expressiva, visando o aprendizado da anatomia humana de forma criativa, simples e duradoura.

Figura 1

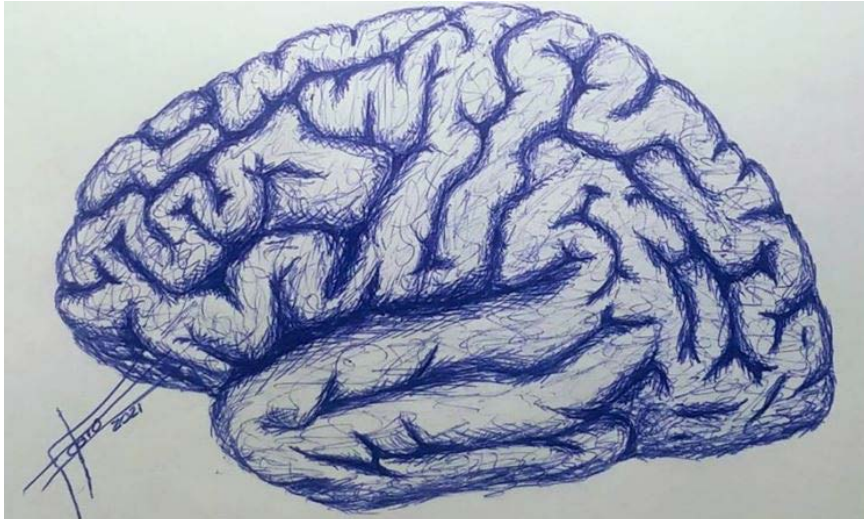
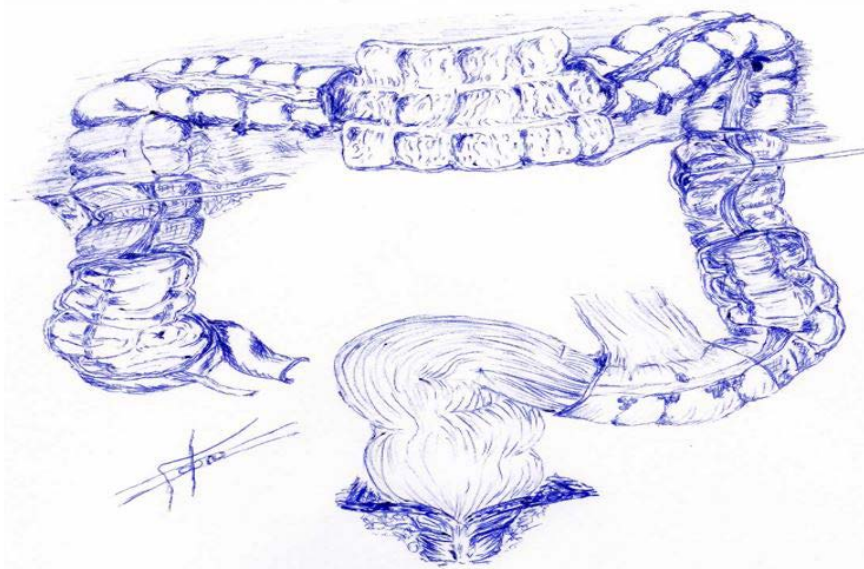


Figura 2



MÉTODO

Foi realizado um estudo de campo em novembro de 2021, a partir da experiência de alunos da disciplina de Anatomia Humana, da carreira de Medicina da Universidade Três Fronteiras, Filial Pedro Juan Caballero/PY, por meio de um questionário previamente elaborado, por meio do qual foi buscado conhecer as experiências dos alunos no que se refere ao desenho como estratégias para promover o aprendizado da Anatomia Humana.

Foi desenvolvido um estudo de caso através de uma investigação quantitativa, utilizando um instrumento de coleta de informação (questionário por Google Forms) - em anexo.

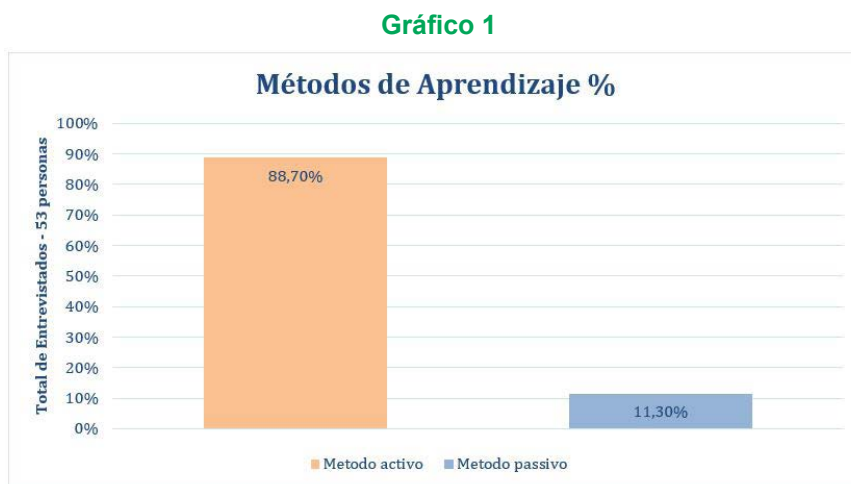
Esta pesquisa é do tipo relato de experiência, pois é feita uma caracterização sobre as estratégias para promover o ensino e aprendizagem da anatomia humana por meio de desenhos, com alunos do primeiro ano, a fim de conhecer suas experiências ou dificuldades na sua execução e utilização.

Com relação à população e amostra, foram considerados 57 alunos do 1º ano do curso de Medicina da Unidade PJC da Universidade Três Fronteiras, dos quais 53 responderam ao questionário. Em relação ao plano de coleta de informações e à fonte primária, foi desenvolvido um questionário para medir as experiências em relação à implementação de estratégias para promover o ensino e a aprendizagem da anatomia humana por meio do uso de desenhos, com perguntas abertas e fechadas de fácil compreensão. responder, enfatizando situações circunstanciais visando fazer um diagnóstico da situação atual em termos de estratégias para promover o ensino e aprendizagem da anatomia humana e sua importância, e conhecer as experiências em sua implementação e uso. Uma vez coletadas as informações, procedemos ao refinamento, classificação, tabulação e representação gráfica das informações obtidas. Nesta fase foram estabelecidas as conclusões da investigação.

RESULTADOS

Durante as aulas, para os estudos de fixação, os alunos realizarão atividades que explorarão o método de aprendizagem visual por meio de desenhos (ilustrações pessoais) para facilitar a identificação e localização das estruturas anatômicas dos conteúdos trabalhados virtualmente e presencialmente.

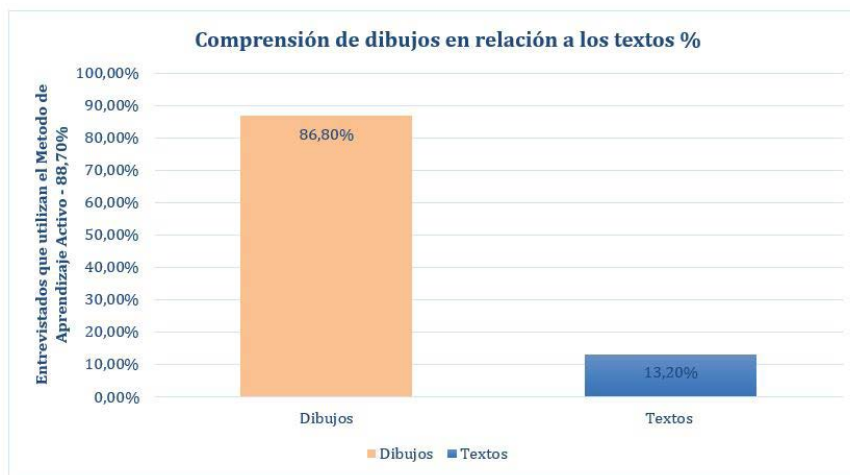
Dos 57 alunos do primeiro ano de medicina, 53 deles, quando questionados, 88,7% deles escolheram o método de aprendizado ativo (falar, perguntar, repetir, numerar, reproduzir, expressar, etc.), e 11,3% escolheram o método de aprendizado passivo (ler-ouvir, assistir, assistir-ouvir), conforme Gráfico 1 abaixo.



Observação: Este Gráfico mostra a proporção de alunos que escolheram o método de aprendizado ativo e o método de aprendizado passivo.

Dos entrevistados, 88,7% que estudam pelo método ativo de aprendizagem, quando questionados se os desenhos facilitam uma maior compreensão em relação aos textos, 86,8% relataram que sim, evidenciado no gráfico 2 a seguir.

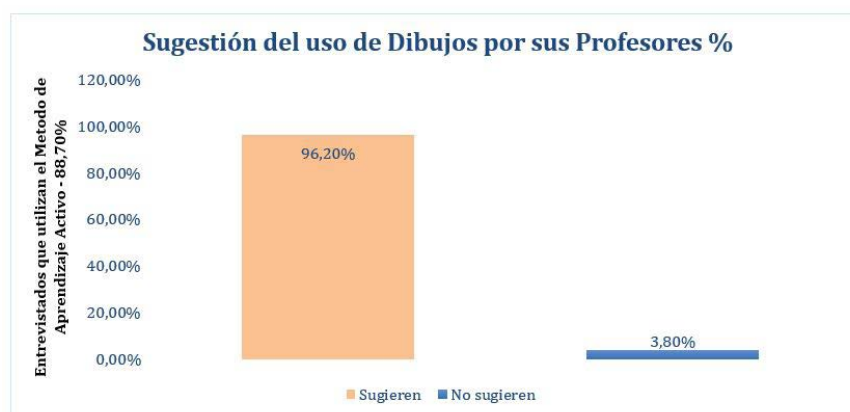
Gráfico 2



Observação. Este gráfico mostra duas informações que eles estudam usando o método ativo de aprendizagem, os desenhos facilitam uma maior compreensão em relação aos textos.

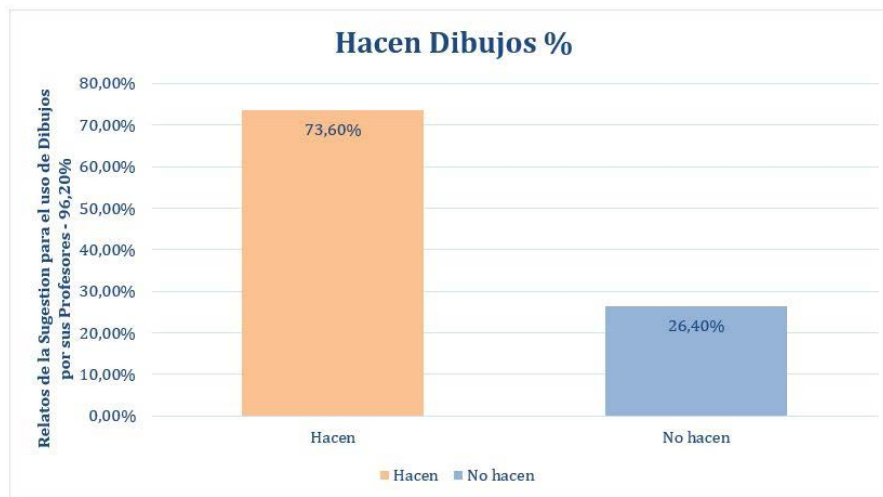
Dos 88,7% que estudam pelo método ativo de aprendizagem, quando questionados se seus professores sugerem o método de estudo por meio de desenhos de estruturas anatômicas, 96,2% afirmaram que sim (ver Gráfico 3), de quando questionados se fazem desenhos, 73,6% também afirmaram que sim (ver Gráfico 4). Destes, 94,3%, quando questionados se os desenhos facilitam a compreensão da anatomia, relataram que sim, conforme Gráfico 5.

Gráfico 3



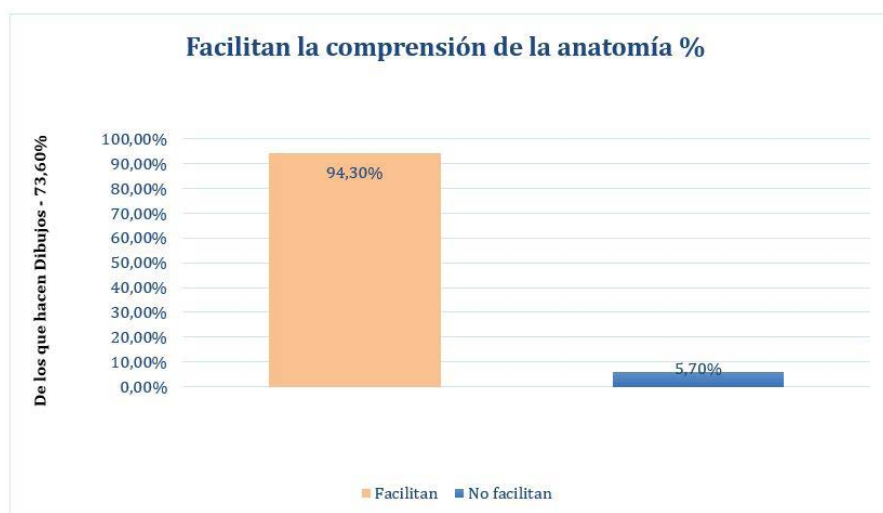
Observação. Este gráfico mostra a lista de seus professores que sugerem ou não o método de estudo por meio de desenhos de estruturas anatômicas.

Gráfico 4



Observação. Este gráfico mostra se eles desenhavam ou não por sugestão de seus professores.

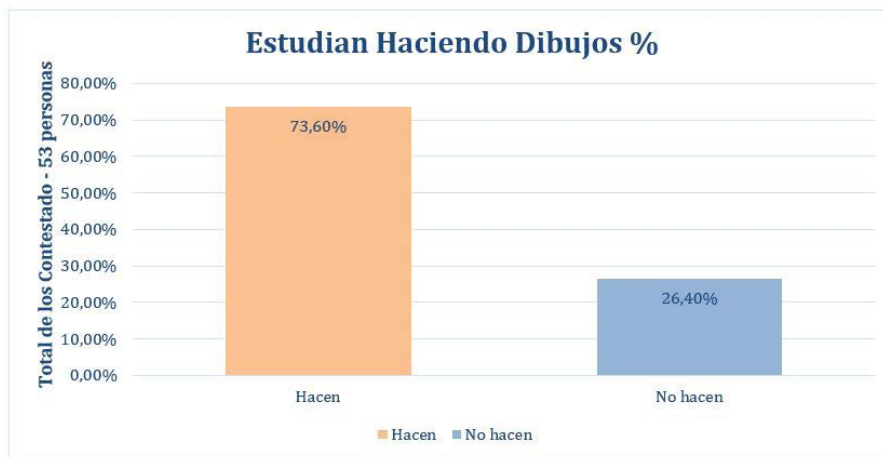
Gráfico 5



Observação. Este gráfico mostra se aqueles que fazem desenhos facilitam ou não a compreensão da anatomia.

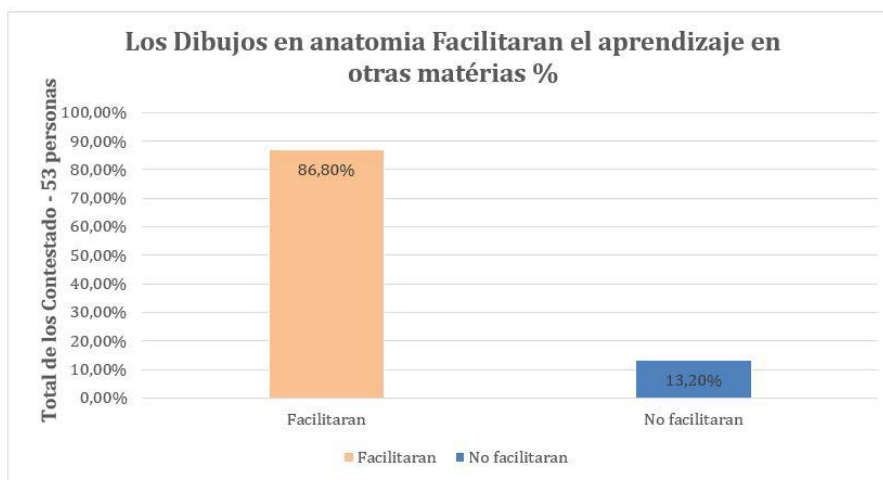
Dos 53 entrevistados, 73,60%, quando questionados se estudam desenhando, responderam que sim. (Gráfico 6), dos mesmos 53 quando questionados se os desenhos de anatomia facilitam o aprendizado em outras disciplinas, 86,80% responderam que sim. (Gráfico 7). Dos 53 entrevistados, 34 deles ao serem questionadas suas opiniões sobre o que facilita seu aprendizado, 17,65% afirmaram que desenhos próprios, 20,59% desenhos literários, 20,59% ambos, 41,17% optaram por outras formas. (Gráfico 8).

Gráfico 6



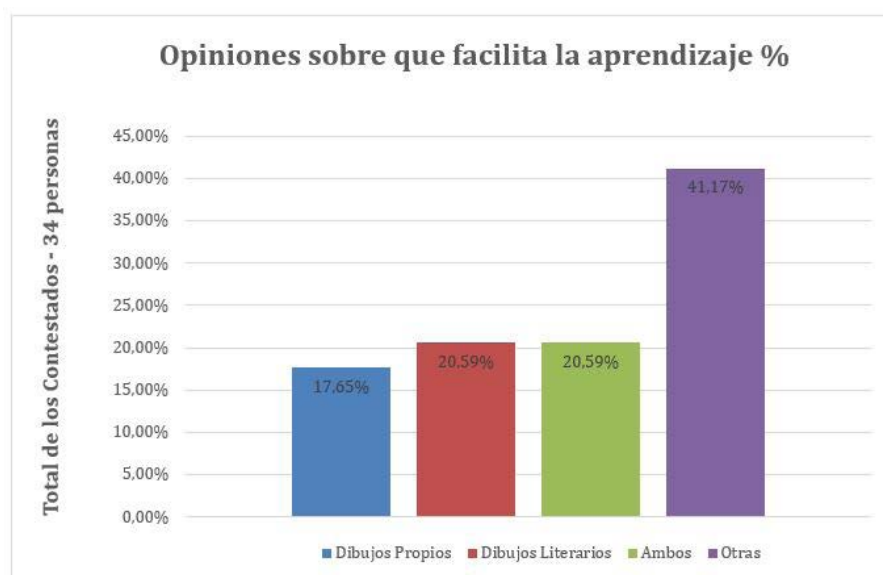
Observação. Este gráfico mostra se eles estudam ou não fazendo desenhos.

Gráfico 7



Observação. Este gráfico mostra se os desenhos em anatomia facilitarão ou não o aprendizado em outras disciplinas.

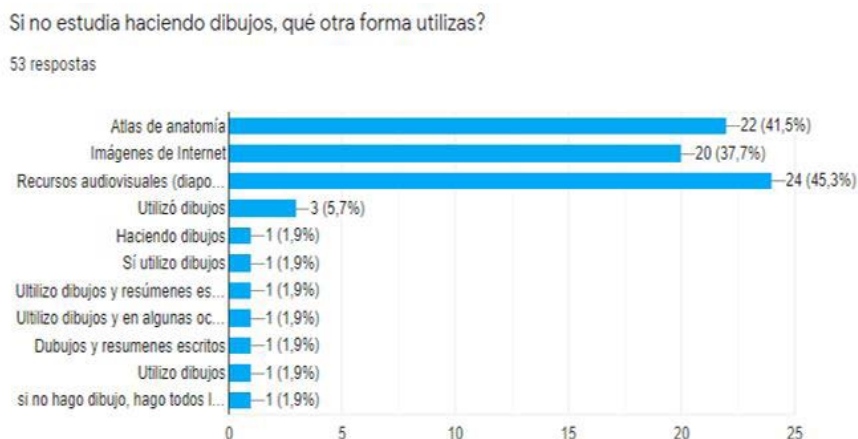
Gráfico 8



Observação. Este gráfico mostra o que facilita sua aprendizagem, sejam desenhos próprios, desenhos literários, ambos ou por outros meios.

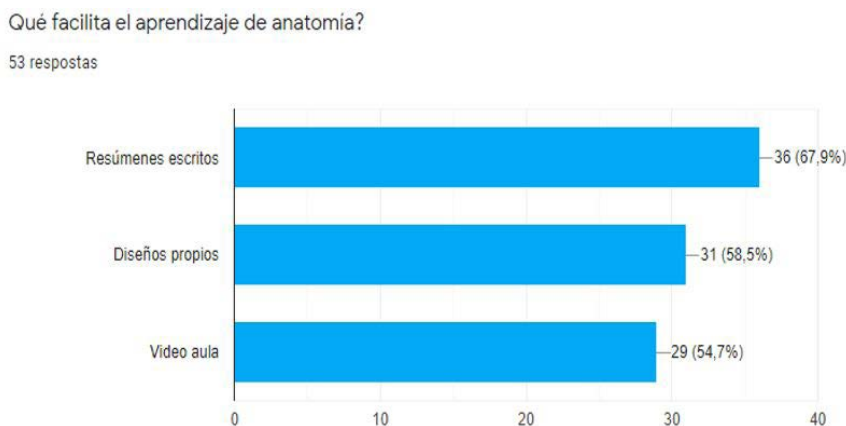
Dos 26,40% (14) dois entrevistados que não desenhavam, a maioria utiliza recursos audiovisuais, imagens da Internet e Atlas de Anatomia. (Gráfico 9). Dos 53 entrevistados quando questionados sobre o que facilita o aprendizado da anatomia, as respostas foram resumos escritos 67,9%, desenhos próprios 58,5% e videoaula 54,7%. (Gráfico 10).

Gráfico 9



Observação. Este gráfico mostra que eles não desenhavam, a maioria utiliza recursos audiovisuais, imagens da internet e Atlas de Anatomia

Gráfico 10



Observação. Este gráfico mostra que o aprendizado da anatomia é facilitado pelos resumos escritos, pelos próprios desenhos e pela videoaula.

DISCUSSÃO

Esta metodologia promoveu uma articulação teórico-prática, reflexão crítica, colaboração e uma visão interdisciplinar dos alunos sobre a importância da compreensão da disciplina de anatomia humana no cotidiano acadêmico e em diferentes contextos profissionais.

Foi possível estabelecer os indicadores de desempenho e seus níveis para a competência formulada, por meio da análise dos processos realizados pelos alunos, para atingir um nível na competência de acordo com sua trajetória profissional (Paredes-Orue R 2018). Conseguiu-se o desenho de estratégias didáticas orientadas para o desenvolvimento de competências. A análise das informações obtidas a partir do registro do desempenho dos alunos permitiu a elaboração

deste estudo.

Os alunos consideraram positivo o uso de desenhos ilustrativos. Também foi uma ferramenta importante, pois as evidências mostraram que, diante da elaboração de desenhos ilustrativos feitos pelos próprios indivíduos, uma grande facilidade e acesso a essa metodologia ativa de aprendizagem com potencial para aumentar a eficácia da aprendizagem no decorrer da Medicina.

Outras vantagens desse recurso é a otimização do tempo de aprendizado, de forma confiável e organizada, permitindo que o aluno o visualize a qualquer momento, o que facilitará a organização dos estudos nos semestres subsequentes e a memória de longo prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi demonstrar o desenho como estratégia que permitiu o desenvolvimento de uma aprendizagem mais significativa de Anatomia Humana nos alunos do primeiro ano da Carreira de Medicina/2021, da Universidade Três Fronteiras, Ramo Pedro Juan Caballero.

Além do objetivo, o relato proporcionou identificar o método de elaboração de desenhos ilustrativos de forma ativa, relatando assim o aprendizado como parte importante do processo de estudo e aprendizado da Anatomia Humana, que ocorre principalmente por meio da elaboração, visualização e compreensão de desenhos de estruturas anatômicas.

Portanto, foi evidenciada pela maioria dos dois entrevistados, a eficácia do uso de desenhos ilustrativos, como técnica de aprendizado da anatomia humana, tendo como vantagens a otimização do tempo, sua visualização a qualquer momento, a organização dos estudos e Memória de longo prazo. De fato, esta pesquisa pode ser utilizada por professores, pois é uma das técnicas de ensino-aprendizagem com índices expressivos de resultados positivos por parte dos alunos. Como atividade complementar, na aula de anatomia, os alunos são solicitados a reproduzir as ilustrações apresentadas nos materiais oferecidos pelos professores e nos livros, para que possam adquirir o conhecimento de forma ativa. Isso é facilitado pelo fato de as ilustrações não conterem elementos de alta complexidade e não se buscar a capacidade artística do aluno, mas sim sua orientação e capacidade de estabelecer relações entre as estruturas. Essa proposta evolui continuamente, muitas vezes com a contribuição dos alunos, o que tem criado um ambiente de aprendizagem construtivo e de maior qualidade, tanto para a equipe docente quanto para os alunos. (Richard P. 2019)

REFERÊNCIAS

Bacich, L. y Moran, J. (2018). Metodologías activas para la educación innovadora: un enfoque teórico-práctico. Porto Alegre: Penso Editora Ltda.

Borrelli, M. R., Leung, B., Morgan, M. CB, Saxena, S., Hunter A. (2018). Should drawing be incorporated into the teaching of anatomy? *Journal of Contemporary Medical Education*, 2018 Vol 6, No. 2, Páginas 34–48 Doi: <https://dx.doi.org/10.5455/jcme.20180411105347>. [Acessado en: 2022, Enero 26]

Carl Wittrock, M. (1990). *La Investigación de la Enseñanza, III: profesores y alumnos*. Primera edición. Barcelona, España. Editorial Paidós Ibérica, S.A.

Castillo Olivares, J. M. del. (2020). El dibujo como recurso didáctico. *Cuadernos de História del Arte* (Nº 34, NE Nº 9). Mendoza – Instituto de História del Arte – FFyL – UNCuyo. ISSN: 0070-1688, ISSN (virtual): 2618-5555. pp.311-356. <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/cuadernoshistoarte/article/view/2909>

Cavicchia, Maria. L.; Cusumano, Aana. M. y Bottino, Daniela.V. (2018). Implementación del aprendizaje basado en problemas en un programa semipresencial de ciencias de la salud en Argentina. *Int J Med Educ.*, Vol. 9, pp. 45-47). Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.5116/ijme.5a7e.d85c>.

Expósito, S. S. (2019). *Dibujo Artístico para el Aprendizaje de la Anatomía Humana en la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo*. Trabajo de investigación presentado en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo para optar al Título de Licenciado en Educación Mención Artes Plásticas, Universidad de Carabobo – Bárbula, municipio de Naguanagua, Venezuela. Disponible: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/8433/ssotillo.pdf?sequence=3>. [Accesado en: 2022, Enero 26]

Ferreira Arquez, H. (2017). Diseño de una estrategia para promover la enseñanza y aprendizaje de la anatomía humana de los estudiantes de segundo semestre del programa de medicina de la Universidad de Pamplona - Norte de Santander. *Revista Boletín Redipe*, 4(10), 112–118. Recuperado a partir de <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/332>

Monteiro Savassi, L.C., Costa Dias, E. y Dias Gontijo, E. 2018. Formação médica, Atenção Primária e interdisciplinaridade: relato de experiência sobre articulações necessárias. *Revista Docência do Ensino Superior*. 8, 1 (jul. 2018), 189–204. DOI: <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2018.2339>

Munari, B. (2016): *Diseño y comunicación visual*. Editorial Gustavo Gili, SL Via Laietana 47, 2º, 08003 Barcelona, España. ISBN: 978-84-252-2785-1. https://editorialgg.com/media/catalog/product/9/7/9788425228667_inside.pdf [Accesado en: 2022, Enero 26]

Noorafshan, A., Hoseini, L., Amini, M., Dehghani, M. R., Kojuri, J., & Bazrafkan, L. (2014). Simultaneous anatomical sketching as learning by doing method of teaching human anatomy. *Journal of education and health promotion*, 3, 50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4089145/> [Accesado en: 2022, Enero 26]

Nuuyoma, V., & Josef, E. (2021). The Use of Drawing as Learning Activity in a Human Anatomy Course: Implications for Learning Scientific Foundation of Nursing. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 23(2), 18 pages. <https://doi.org/10.25159/2520-5293/8780>. [Accesado en: 2022, Enero 26]

Paula Vieira, S.; Regina Pierantoni, C. (2018). RG de. Graduação Médica en Brasil ante los desafíos de la formación para la Atención Primaria de Salud. *Debate Salude*, Vol. 42, no. 1, pp. 189-207). Recuperado de: [accesado en 29 Diciembre 2021], pp. 189-207. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S113>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S113>.

Santos Junior, C. J. dos; Rocha Misael, J.; Rosa da Silva, M., y Melo Gomes, V. (2019). Educación y formación médica en la Perspectiva Extendida y Multidimensional: Consideraciones sobre una Experiencia de Enseñanza-Aprendizaje. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2019, v. 43, n. 1 [Accesado en 29 Diciembre 2021], pp. 72-79. Recuperado de: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180141>>. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180141>.

Sezer, B. y Abay, E. (2018). Análisis del impacto del modelo de aula invertida en la educación médica. Revista Escandinava de Investigación Educativa. (pp. 1-16).

Richard Paredes-Orue¹, Oscar Moreno-Loaiza¹, Pamela Valencia-Paredes¹, Kreyh Contreras-Alcázar¹, Gustavo Chuctaya-Huarca¹(2019). Uso de colores en ilustraciones de anatomía para relacionar estructuras, función y patología en el aprendizaje de anatomía humana. FEM (Ed. impresa) vol.22 no.4 Barcelona ago. 2019 Epub 14-Oct-2019. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322019000400004#:~:text=https%3A//dx.doi.org/10.33588/fem.224.1002

Paredes-Orue R, Coaquira-Mamani J, Sierra-Delgado M, Moreno-Loaiza O (2018). Disección virtual en la enseñanza de anatomía: percepción de los estudiantes en una universidad peruana. Investigación en Educación Médica 2018; 7:96-7. javascript:void(0); [Links]

APÊNDICE

Perguntas

1 - Quais os métodos de aprendizado você utiliza?

Aprendizado Passivo (Ler, escutar, ver, ver e escutar)

Aprendizado Ativo (Conversar, perguntar, repetir, numerar, reproduzir, definir, e debater, escrever, interpretar, expressar, revisar, identificar, comunicar, ampliar, demonstrar, praticar, explicar, resumir, estruturar, ilustrar)

2 - Você estuda anatomia fazendo desenhos?

Sim

Não

3 - Caso não, qual outra forma você utiliza ?

Atlas de anatomia

Imagens da internet

Desenhos próprios

Recursos áudio visuais(slides, vídeos etc..)

Outros

4 - O que facilita seu aprendizado em anatomia?

Resumos escritos

Desenhos próprios

Vídeo aula

Outros (justifique)

5 - Você acha que desenhos facilitam seu entendimento em anatomia?

Sim

Não

6 - Indique os benefícios adquiridos por meio de estudos através de desenhos de anatomia

aumento da velocidade de fixação do conteúdo

facilitou o entendimento em relação a localização das estruturas anatômicas

otimização do tempo de estudo

memória a longo prazo

7 - Seus professores sugerem o método de estudos por meio de desenhos das estruturas anatômicas?

Sim

não

8 - Na sua opinião os desenhos são mais explicativos e esclarecedores do que textos?

Sim

Não

Justifique _____

9 - Na sua opinião, o que mais facilita seu aprendizado, desenhos literários (Atlas de anatomia) os desenhos próprios?

Justifique _____

10 - Na sua opinião, utilizar desenhos no estudo da anatomia, facilitou o aprendizado em outras disciplinas?

Sim

Não



Implicações da enfermagem na visibilidade de seu exercício profissional

Isabela Alves de Souza

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.23

RESUMO

Cada vez mais, o enfermeiro tem recebido respaldo jurídico para atuar de forma protagonista em ações de decisão, coordenação, avaliação clínica, diagnóstico e intervenção de enfermagem, entendendo que medicina e enfermagem caminham juntas, mesmo que de formas distintas. Por isso, é urgente a ampliação do olhar crítico dos profissionais de enfermagem para que compreendam o seu valor profissional e não se submetam à mão de obra barata, e nem se coloquem, simplesmente, como auxiliar ou funcionário dos médicos. Este estudo foi embasado em uma extensa pesquisa teórica e debruça-se sobre o enfermeiro empreendedor, que tem domínio do conhecimento científico, desmistificando seus estereótipos entendidos como subalternos. Objetivando um empoderamento da enfermagem, bem como um refinamento do serviço de saúde prestado. É necessária uma autovalorização da enfermagem para que este cenário onde enfermeiro é protagonista seja cada vez mais frequente.

Palavras-chave: protagonismo profissional. estereótipos. exercício da enfermagem.

ABSTRACT

Currently, nurses have legal support to act as protagonists in decision-making, nursing coordination, clinical assessment, diagnosis and intervention. It is however important for the importance of work that they do not extend as auxiliary or staff of the joints, with medicine and manpower being so important, and medicine and nursing This study was based on extensive research and focuses on about the entrepreneur, who is a bearer of scientific knowledge, demystifying his theoretical stereotypes understood as subaltern. A self-appreciation of nursing is necessary so that this scenario where nurses are protagonists is increasingly common.

Keywords: professional protagonism. stereotypes. nursing practice.

INTRODUÇÃO

A gênese da história da enfermagem é pautada nos abnegados que serviam aos enfermos. Na idade média, foi concedido como trabalho de mulheres, e sob o olhar patriarcal da época, o serviço feminino era tido como um feito menor, e isso já englobava cuidados com a higiene dos doentes e a ordem do ambiente.

Segundo Pereira; Silva (1997),

Parece-nos que a representação construída em torno do curar, do afastar a doença, ambos considerados, nos tempos modernos, como atividades médicas, são de permanência simbólica muito mais significativa do que aquela construída em torno do cuidar do corpo doente ou sadio, atividade mais identificada à mulher e à enfermeira. A cura é um ato impregnado de mitos e simbologias, enquanto que o cuidado é entendido como um ato banal e repetitivo do cotidiano feminino.

De fato, a palavra 'cuidar' remete muito a imagem de mãe, mulher, ou uma vertente feminina, contudo, acredito que isso apenas dignifique ainda mais o ato de cuidado. Pensar em exercer sua profissão com um acalantar materno é tornar o exercício de enfermagem transcendente

Padilha (1998) reforça o tema, uma vez que, a chegada das Irmãs de Caridade na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX validou ainda mais o equivocado entendimento sobre o trabalho das mulheres:

Daí decorre um duplo entendimento negativo para a enfermagem: por um lado os cuidados de enfermagem deveriam ser prestados apenas pelo amor de Deus, caso contrário seriam considerados como atividade impura e de caráter mercenário, executado por pessoas marginalizadas por seus atributos pessoais ligados à etnia, à classe social e à origem; por outro lado, o saber de enfermagem, construído na prática, ligado ao trabalho manual, às instituições femininas e cercado pelas virtudes de modéstia e abnegação, foi desclassificada como saber pré-lógico e portanto um não saber. (PADILHA, 1998)

Ainda hoje o profissional de enfermagem carrega consigo uma caracterização errônea de que os profissionais estariam sujeitos a um serviço ‘menos importante’ ou tecnicamente mais fácil. E não somente a população em geral desconhece a importância do serviço da equipe de enfermagem, mas também permeia entre os próprios profissionais uma ‘aceitação’ da situação.

Segundo a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, é livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, contudo o que muitos não sabem é o que abrange o dito ‘exercício da enfermagem’, a vastidão de possibilidades de atuação do enfermeiro que vai de pesquisa clínica à perícia criminal.

Aos acadêmicos, este estudo procura provocar uma necessidade de aprofundar-se efetivamente, colaborando para a formação de profissionais crítico-reflexivos, preparados para quebrar preconceitos infundados sobre o papel social do profissional de enfermagem. À sociedade, a pesquisa traz esclarecimento e segurança quando da entrega de seus cuidados a um profissional enfermeiro. E, aos interesses da autora, uma asseveração de sua especialidade.

De forma concisa, a pesquisa tende de assegurar que, para uma atuação proveitosa do serviço de saúde, necessita-se de enfermeiros capacitados e conscientes de sua magnificência.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica desenvolvida por estudante de enfermagem, como instrumento a pesquisa teórica, tendo como base revistas e artigos publicados.

Há a colaboração assídua da professora orientadora, e outros professores que auxiliariam na formulação do que é o ideal para o profissional de enfermagem.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As inquietações sobre a visibilidade da enfermagem iniciam ainda no tempo da graduação, em virtude de subentender a formação de enfermeiros de modo que abstém de conhecimento científico aprofundado. Cria-se a falsa e cômoda sensação para o estudante de que o enfermeiro não precisa ‘saber tanto’.

Há muita negligência por parte dos estudantes de enfermagem quanto aos estudos, em base da crença de que ‘não é como na medicina’, o que de fato faz o rendimento ser insuficiente. Quando a formação de um profissional começa de forma contestável, todo a conjuntura se perde em preconceitos e estereótipos.

” Estimular situações de aprendizagem poderá abrir caminhos para a busca por respostas a novas situações, instruir decisões do enfermeiro no enfrentamento dos deveres e dilemas éticos da profissão, em suma, formar a autonomia” (KRAEMER, 2011 p. 290)

Nesse contexto, acarreta-se em profissionais não preparados para a realidade de um enfermeiro que lida com situações de decisão e gerenciamento, dando mais valor aos estereótipos e criando um ciclo deste caos dentro da prestação do serviço de saúde. As universidades, por sua vez, tornam-se fábricas estilo Ford, todos com o mesmo senso crítico, agindo da mesma forma, cometendo os mesmos erros.

Muitos pensadores já dissertam sobre uma enfermagem dirigente, como é o caso em Unidades Básicas de Saúde e em Estratégias de Saúde da Família, nas quais o enfermeiro conduz até mesmo o médico da unidade.

Além disso, o profissional da atenção básica, especificamente o enfermeiro, deve ser capaz de gerenciar, supervisionar, planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, sendo privativo do mesmo, a consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares e prescrição de medicações conforme os protocolos do MS, além de capacitar a equipe de saúde com articulação dos diversos setores envolvidos na prevenção e promoção da saúde (RECOM, 2014 p. 1195)

Desta forma, seria incorreto a teoria de que a enfermagem serve à medicina, uma vez que coordena toda a unidade, atribuindo para si as responsabilidades e consequência dos contrassensos dos demais profissionais da equipe.

Dentre as competências gerenciais dos enfermeiros pode-se citar: análise crítica para tomada de decisão gerencial e o desenvolvimento do pensamento autônomo; organização de redes de serviços de saúde; desenvolvimento de instrumento para análise da situação de saúde e provisão de serviços e elaborar estratégias de intervenção; identificação de potencialidades e limitações institucionais que diminuam ou impeçam a efetividade das ações de saúde; realização de planejamento e programação, fundamental à análise de situação e elaboração de propostas de intervenção. (REBEN, 2010 p. 12)

Acometer-se de tais encargos traz um peso no exercício da função de enfermeiro naturalmente, somando as inverdades que circundam a enfermagem torna-se ainda mais complexo. Para ilustrar essa ideia, presume um enfermeiro que ao gerenciar uma situação de importância em uma UBS, assiste ao médico ser parabenizado pelo feito, isso ocasionaria frustrações, e em decorrência disso, uma banalização do serviço prestado.

Muitas vezes, situações assim são motivadas por ignorância da população, não há ingratidão pela enfermagem, outrossim um desconhecimento do que engloba a prestação de serviço do enfermeiro. Apesar de cada vez mais a enfermagem conquistar espaços, pouco é conhecido sobre sua atuação de destaque.

Nesse contexto de mudança do modelo de atenção e cuidado em saúde no Brasil, surge o papel de destaque da atuação do enfermeiro na atenção básica frente à equipe multidisciplinar proposta pelo MS. Isso porque o enfermeiro é capacitado para desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde, devido ao processo de assistência de enfermagem e características do seu saber centrado em um modelo holístico, humanizado e contextualizado. (RECOM, 2014 p. 1195)

Com isso, cabe ao enfermeiro ter conhecimento pleno do que é de sua competência, daquilo que pertence a enfermagem por lei. Passar segurança para a população, ao realizar atendimento de enfermagem. Atuar com qualidade e propriedade. Não há margem para erros quando se tratar de promoção da saúde.

RESULTADOS ESPERADOS

O artigo tem intenção de uma intervenção crítica-social, objetivando o empoderamento da enfermagem para assim alcançar um ideal de serviço de saúde à comunidade. E atividades que mantenham o profissional enfermeiro a mercê dos médicos sejam erradicadas, como por exemplo, ter que prestar ao papel de acordar o doutor em seu momento de descanso do plantão.

Que o enfermeiro tenha reconhecimento social, mas também saiba reconhecer-se dentro de sua profissão, o que lhe cabe e o que não.

Uma crítica direta também aos descasos na admissão do profissional, que muitas vezes para conseguir trabalhar submete-se à salários burlescos, inclusive, apesar de ter ganhado muita força nos últimos tempos, ainda não há um piso salarial colocado em regra.

REFERÊNCIAS

PEREIRA, W.R.; SILVA, G.B. A mulher, o trabalho e a enfermagem profissional – algumas reconsiderações sob a ótica do gênero. Disponível em < <https://pesquisa.bvsalud.org/portall/resource/pt/bde-2749>>

PADILHA, M. I. C. de S. (1998). A mística do silêncio: a prática de enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/reben/a/Pbk6GN3kswqXfPBT8JgLcZP/?lang=pt#>>

COFEN. Lei N 7.498/86, De 25 De Junho De 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20do,O%20presidente%20da%20Rep%C3%ABlica

KRAEMER. Autonomia e Trabalho do Enfermeiro. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rngen/a/NpqC7NKZjvYVHrQ8qXr6BLQ/?format=pdf&lang=pt>>

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Análise da Atuação do Enfermeiro na Gerência das Unidades Básicas de Saúde. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QcKg3sPJ8Fd7hpyR7Zt6tsf/abstract/?lang=pt>

REVISTA DE ENFERMAGEM. A Visibilidade da Enfermagem, Dando Voz a Profissão: Revisão Integrativa. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9934>

REVISTA DE ENFERMAGEM DO CENTRO OESTE MINEIRO. Atuação Do Enfermeiro Na Atenção Básica De Saúde: Revisão Integrativa De Literatura. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/443/754>>

REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM. Implicações na Visibilidade da Enfermagem no Exercício da Profissão. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300013>>

UPIS. História Da Enfermagem: Conheça A Origem E Evolução. 2020. Disponível em: <https://upis.br/blog/historia-da-enfermagem/>



A percepção visual e a sua relação com o controle da cabeça

Camila Albues Torres

Departamento de Doutorado, Universidade Presbiteriana Mackenzie

Adrya Renata Santana Machado

Estudante de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.24

RESUMO

A percepção visual interfere no movimento da cabeça, diante do amadurecimento da visão, relacionado a percepção de imagem, lugar, espaço e distância dos objetos. O presente estudo objetivou o detalhamento da importância deste fator cognitivo no desenvolvimento psicomotor relacionado a visão. A metodologia empregada foi de revisão literária, utilizando os descritores “visual perception”, “head control”, “postural controle” e “sensory information” nas bases de dados da Biblioteca Nacional de Medicina (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a CAPES Periódicos. Diante do levantamento de dados, foi evidenciado que a percepção visual tem grande influência no controle motor da cabeça, e está relacionado ao desenvolvimento posterior de habilidades cognitivas visuais. Há também a necessidade de mais pesquisas neste íterim, pela escassa quantidade de material disponível.

Palavras-chave: controle da cabeça. percepção visual. informação sensorial.

ABSTRACT

Visual perception interferes with head movement, in view of the maturation of vision, related to the perception of image, place, space and distance of objects. The present study aimed to detail the importance of this cognitive factor in the psychomotor development related to vision. The methodology employed was a literary review, using the descriptors “visual perception”, “head control”, “postural control” and “sensory information” in the databases of the National Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and CAPES Periodicals. In view of the data collection, it was evidenced that visual perception has a great influence on the motor control of the head, and is related to the subsequent development of visual cognitive skills. There is also a need for more research in the meantime, due to the scarce amount of material available.

Keywords: head control. visual perception. sensory information.

INTRODUÇÃO

A percepção visual é uma habilidade cognitiva que consiste em observar algo e processar as informações que ocorrem. Para isto, exige-se o desenvolvimento dessa habilidade, que também está presente na leitura e na representação gráfica. Tem a ver com nossa capacidade de processar eventos ao nosso redor. Sua prática pode ser um dispositivo para construir ferramentas cognitivas a serem desenvolvidas ao longo de sua vida. Este recurso pode ser usado para construir conhecimento por meio das habilidades de observação, compreensão e análise. Os computadores recebem muitos dados informacionais e criam conceitos processando esses elementos, enquanto nos humanos isso é feito repetindo o processo de observação, compreensão e a análise de todas as informações simultaneamente (TAVARES; ALEXANDRE, 2007).

A habilidade cognitiva adquirida através da percepção visual é construída com a experiência e consciência do mundo visual diante da atenção que orienta as ações motoras, que são dependentes da função e estrutura cortical. Este desenvolvimento é consideravelmente rápido, aos 9 anos a percepção das figuras e capacidade de perceber posições estão desenvolvidas,

e é quando a condição se torna estável, aos 11-12 anos de idade o desenvolvimento está equivalente a de um adulto. A percepção viso-motora tem funções com componentes visuais como a posição no espaço; figura-fundo; closura visual e constância de forma, e com componentes motores integrados sendo coordenação viso-motora; cópia; relação espacial e velocidade viso-motora, estes componentes sendo importantes no desenvolvimento de habilidades escolares cognitivas e atividades de vida diárias como a leitura, a escrita, o banho, alimentação, etc. (SOUZA; CAPELLINI, 2011).

A percepção visual é um dos vários componentes do controle postural, controle e suporte da cabeça diretamente relacionados. Isso ocorre porque a postura é controlada por contrações musculares apropriadas com base em informações sensoriais para garantir a posição desejada. Essa informação sensorial vem dos sistemas visual, vestibular e somatossensorial e ajuda o sistema nervoso central a coordenar as portas. Cada sistema sensorial fornece informações com características próprias devido às suas frequências e amplitudes únicas que fazem com que cada classe de receptores funcione de maneira única (KLEINER, SCHILITTLER E ARIAS, 2011).

Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura para explorar e fornecer informações sobre a percepção visual e seu impacto no controle da cabeça, a fim de expandir nossa rede de informações sobre o assunto.

Diante disso, foram utilizados descritores “visual perception”, “head control”, “postural controle” e “sensory information” nas bases de dados da Biblioteca Nacional de Medicina (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a CAPES Periódicos, as análises bibliográficas utilizadas foram artigos, monografias e outras publicações científicas para reunir referências relevantes. Os artigos utilizados foram na língua inglês e portuguesa e com foco em textos atuais abordando o tema “Percepção visual e sua relação com o controle da cabeça”. Foram encontradas 89 publicações científicas, e após a leitura do título 40 foram descartados após leitura de título e 13 foram descartados após leitura do resumo por se dissociarem da temática, e 24 artigos foram selecionados para leitura integral e 9 artigos e 1 livros foram selecionados para compor o presente estudo.

REFERENCIAL TEÓRICO

Fisiologia

A ótica do olho corresponde à de uma câmera fotográfica comum com lente, abertura variável (pupila) e retina (filme). A lente do olho é composta de quatro interfaces de refração, a interface entre o ar e a superfície anterior da córnea; a interface entre a superfície posterior da córnea e o humor aquoso; a interface entre o humor aquoso e a superfície anterior da lente; e a interface entre a superfície posterior da lente do olho e o vítreo, cada um representando dioptria. Esta é a superfície que separa as duas lentes e corresponde a um sistema óptico refrativo onde os raios de luz atravessam a interface das lentes quando as atingem, e mudam de direção, formando um ponto-imagem por refração (GUYTON; HALL, 2017).

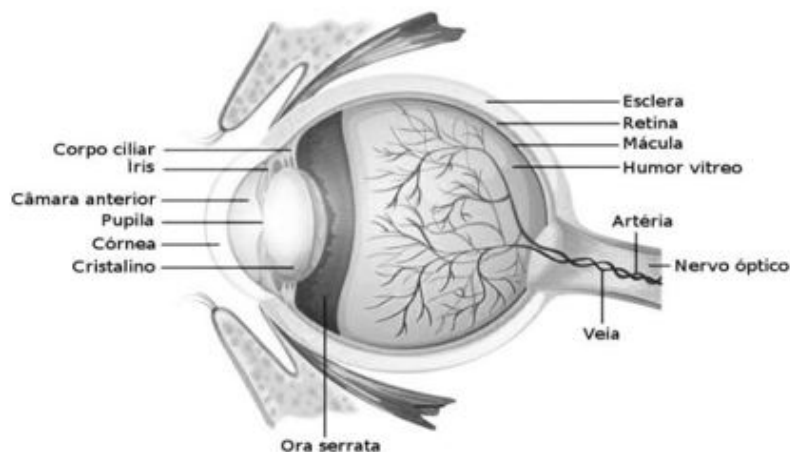
MECÂNICA DA VISÃO

A visão lida com o processo da passagem da imagem pelo sistema refrativo do olho até a emergência da percepção visual e o controle que essa percepção tem no comportamento humano. Para esmiuçar os aspectos da visão, é possível observar de modo primário que a percepção de cores é a distinção do espaço, a percepção cromática relacionada as cores de superfícies dos objetos e acerca da sistematização desse espaço em categorias; assim como a percepção de espaço e a localização percebida, tendo controle visual da ação; já a percepção de movimento está associada a profundidade de objetos, baseados em segregação primitiva e mecanismos de coerções, que visa a especificação dos mecanismos neurológicos e do processamento de movimento, associados a percepção de movimento e pela ligação entre percepção e ação. Então a percepção visual pode ser descrita como o efeito da informação binocular para a percepção de distâncias egocêntricas e para o controle da ação, como por exemplo a locomoção próxima a obstáculos no espaço próximo (BICAS, MATSUSHIMA E SILVA, 2003).

ANATOMIA

As principais estruturas do olho são: A córnea é a estrutura transparente do olho, constituída por uma membrana fina e resistente que protege a ótica, transmite a luz e a refrata para o cérebro. O corpo ciliar contém uma estrutura de músculo liso que contém o cristalino e sua função é secretar humor aquoso, um fluido claro que nutre os tecidos e ajuda a manter a pressão adequada dentro do globo ocular. A íris é a estrutura central que controla a entrada de luz, com variações coloridas (marrom, azul, verde, etc.); a retina é considerada a principal estrutura do globo ocular, enviando sinais através do nervo óptico e seus fotorreceptores que processam estímulos e permitem a formação de imagens; o cristalino está localizado atrás da íris, ele age como uma lente natural e se remodela para tornar a imagem nítida (HELENE E HELENE, 2011).

Figura 1 - Estrutura Anatômica do Globo Ocular.



FATORES DE RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO E CONTROLE MOTOR

Um fator importante da percepção visual é a paralaxe de movimento, que consiste no deslocamento aparente de um objeto como consequência de um movimento do ponto de observação. Ou seja, na observação de um corpo ou objeto com os olhos completamente imóveis,

não haverá percepção da paralaxe se movimento, então, para que seja percebida, é necessário a movimentação da cabeça bilateralmente, fazendo com que as imagens dos objetos próximos se movimentem rapidamente pelas retinas, enquanto as imagens dos objetos distantes continuam quase completamente estáticas. Como se movimentasse a cabeça por 5 centímetros para o lado, e com um objeto à frente do olho, sua imagem irá se movimentar por quase todo o percurso através das retinas, e um objeto há 50 metros de distância não tem movimento perceptível. Podendo assim ser possível avaliar relativamente a distância de objetos (GUYTON; HALL, 2017).

O desenvolvimento neuropsicomotor é dado pela aquisição do controle da postura e dos movimentos, que estão ligados ao desenvolvimento integrado ao Sistema Nervoso Central de modo gradual e sequencial. Martinello *et al.* (2010) afirma que o primeiro ano de vida está a evolução do Sistema Nervoso, com o aparecimento e desaparecimento de algumas funções, como do reflexo, que são evoluídos a movimentos complexos e voluntários⁶. As habilidades importantes no desenvolvimento motor geral da criança, está na cabeça, em que desde o nascimento se movimenta para se alimentar. Já a coordenação da cabeça relacionada a percepção visual se acentua nos primeiros quatro meses de vida, o que contribui para o controle da postura antigravitacional. A medida em que este controle postural da cabeça se desenvolve na criança, o acompanhamento da percepção visual aumenta diante da contribuição dos movimentos coordenados, assim como a sincronia entre o deslocamento do objeto e o acompanhamento visual, permitindo assim que as crianças realizem os ajustes necessários para o alcance de novas funções motoras que necessitam da percepção visual (LIMA, *et al.*, 2008).

De acordo com Palmer *et al.* (2018) a percepção visual influencia diretamente no controle motor da cabeça por ter um papel de integrar as informações sensoriais, visuais, motoras e sinápticas, fazendo com que o modo de inclinação, posição e rotação da cabeça seja escolhido diante de um determinado momento, comportamento e situação empregada. O controle de pálpebra e sobrancelha através da ativação dos músculos faciais, tem papel importante nesta situação por distinguir os sentimentos transmitidos a cada ocasião vivida, moldando características de percepção social. Esta função é diminuída em pacientes com esquizofrenia, já que estes têm suas funções psicossomática e psicossocial diminuídas em detrimento da redução de integração visual causada por essa patologia. Desse modo, conclui-se que a percepção visual tem controle significativo no movimento da cabeça advindo de fatores motores correlacionados aos aspectos psíquicos e ao processamento integrado dos recursos visuais (WITKOWER; TRACY, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo a elucidação da importância da percepção visual e sua influência no controle da cabeça. Posto isso, foi possível entender que para haver a coordenação da cabeça-pescoço, é necessário o desenvolvimento muscular-sensorial, amadurecimento da visão, desenvolvimento nociceptivo e psicocognitivo de modo integral. A percepção visual influencia de modo positivo no controle da cabeça, pois é diante de a percepção aguçada que está o desenvolvimento de movimentos essenciais, como a percepção de profundidade e distância que nos favorece em nos locomover sem o ocasionamento de incidentes mecânicos, já que a percepção visual relacionada ao controle da cabeça depende de uma interação entre os Sistema Neural e o músculo esquelético, diante das informações que o Sistema Nervoso recebe que o torna capaz de se equilibrar, assim como este sucesso no controle da postura depende da

adaptação sensorial e estratégias de manutenção do equilíbrio. Diante do estudo presente, foi evidenciada a necessidade de abordagem da temática para melhor composição de base teórica a respeito do assunto.

REFERÊNCIAS

- BICAS, H.E. A.; MATSUSHIMA, E. H; SILVA, J. A. (2003). Arquivo Brasileiro de Oftalmologia [online]. v.66, n.5 suppl [acessado 24 novembro 2022], pp. 5-8. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-27492003000600001>>. Epub 29 maio 2012. ISSN 1678-2925. <https://doi.org/10.1590/S0004-27492003000600001>.
- GUYTON, A. C; HALL, J. E. (2017). Tratado de Fisiologia Médica. Editora Elsevier. 13. Rio de Janeiro - RJ.
- HELENE, O.; HELENE, A. F. (2011). Alguns aspectos da óptica do olho humano. Revista Brasileira de Ensino de Física. [online]. 2011, v. 33, n. 3 [Acessado 2 Dezembro 2022], 3312. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-11172011000300012>>. ISSN 1806-9126. <https://doi.org/10.1590/S1806-11172011000300012>.
- KLEINER, A. F. R., SCHLITTLER, D. X. C.; ARIAS, M. D. R. S. (2011). O papel dos sistemas visual, vestibular, somatosensorial e auditivo para o controle postural. Revista de Neurociência. Rio Claro - SP;19(2):349-357. Acesso em 20 de out. 2022. Disponível em: <<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8382>>.
- LIMA, C.D. *et al.* (2008). Dois métodos diferentes para análise cinemática dos movimentos de cabeça durante a coordenação viso-cefálica de lactentes. Brazilian Journal of Physical Therapy [online]. v. 12, n. 5 [Acessado 10 Dezembro 2022], pp. 425-431. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-35552008000500013>>. Epub 11 Dez 2008. ISSN 1809-9246. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552008000500013>.
- MARTINELLO, M. *et al.* (2010). Desenvolvimento do controle cervical em criança com encefalopatia crônica não-progressiva da infância. HU Revista, Juiz de Fora, v. 36, n. 3, p. 209-214, jul./set.
- PALMER C. J. *et al.* (2018). Perceptual integration of head and eye cues to gaze direction in schizophrenia. Royal Society Open Science. v.5: 180885. <http://dx.doi.org/10.1098/rsos.180885>
- SOUZA, A. V.; CAPELLINI, S. A. (2011). Percepção visual de escolares com distúrbios de aprendizagem. Revista de psicopedagogia, São Paulo, v.28, n.87, p.256-261. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862011000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 nov. 2022.
- TAVARES, J. M. R. S; ALEXANDRE, D. S. (2007). Factores da Percepção Visual Humana na Visualização de Dados. CMNE 2007 - Congresso de Métodos Numéricos em Engenharia, XXVIII CILAMCE - Congresso Ibero Latino-Americano sobre Métodos Computacionais em Engenharia, Porto, PT. Acesso em 15 de nov. 2022. Disponível em <<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/357>>.
- WITKOWER, Z.; TRACY, J. L. (2019). A Facial-Action Imposter: How Head Tilt Influences Perceptions of Dominance from a Neutral Face. Psychological Science. v.30(6) 893–906. DOI: 10.1177/0956797619838762.



Enfermagem do trabalho: contexto, possibilidades e desafios

Alex Feitosa Nepomuceno

Enfermagem pela UEMA

Fabia Regina Ribeiro de Sousa

Enfermagem pela UEMA

Uthânia Valdirene Moreira Lima Gonçalves

Enfermagem pela CEUMA

Francisco das Chagas Silva de Oliveira.

Centro Universitário Santo Agostinho

Mayara Milka Pereira Castro

Enfermagem pela UEMA

Otoniel Damascena Sousa

Enfermagem pela CEUMA

Erica Ravenna Araújo Alves

Enfermagem pela UEMA

Jordania Ferreira de Amorim

Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.174.25

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo discutir o contexto, possibilidades e desafio da enfermagem do trabalho na perspectiva brasileira, e utilizou-se como método a pesquisa bibliográfica, das quais utilizaram-se de fontes secundárias e foram elaboradas essencialmente de artigos e livros encontrados por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) das bases de dados LILACS, MEDLINE e BDEF, utilizando-se dos descritores em saúde: Saúde do Trabalhador; Segurança do Trabalho e Enfermagem do Trabalho. Por meio da realização desta pesquisa, observou-se que a criação o campo de atuação da enfermagem do trabalho ainda é recente, e por isto enfrenta ainda muitas dificuldades como o reconhecimento profissional, reduzida produção científica acerca da temática e organizações que regulamentem de forma mais particular a profissão. Visto a importância da segurança do paciente para a saúde pública, este ramo técnico necessita cada vez mais que políticas públicas e organizações para fortalece-la e com isso aumentar a expectativa e qualidade de vida da população. Deste modo, estas condições tornam-se campo fértil para a produção o desenvolvimento de pesquisas na área e buscar, por meio deste informar e sensibilizar a sociedade da importância desta área.

Palavras-chave: saúde do trabalhador. segurança do trabalho. enfermagem do trabalho.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tratará sobre o contexto, possibilidade e desafios da enfermagem do trabalho em nível nacional e mundial, relacionando seus aspectos históricos com cenários atuais dos profissionais que atuam na área, almejando expor as principais dificuldades enfrentadas como também as conquistas e perspectivas.

Políticas de enfrentamento à saúde do trabalhador no Brasil são recentes, contemporâneas ao Movimento da Reforma Sanitária, obtendo maior notoriedade em 1968, na VIII Conferência Nacional de Saúde, onde lançaram-se olhares sobre o adoecimento do trabalhador, muito influenciado pelo modelo econômico adotado no país: o capitalismo.

A enfermagem do trabalho como enquanto um ramo da saúde do trabalhador, atua de forma singular nos serviços e estratégias destinadas ao trabalhador, e em razão desta área ainda ser recente, porém desenvolvendo um trabalho sólido e contínuo, emergiu-se o seguinte questionamento que resultou a essa pesquisa: Qual o contexto, possibilidades e desafio da enfermagem do trabalho na perspectiva brasileira?

Presume-se que a enfermagem do trabalho no Brasil ainda enfrenta desafios relacionados à ocupação, pois ainda poucas instituições privadas e públicas que contam com um departamento de saúde e segurança do trabalhador, assim como também não fazem uso do Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

Deste modo, esse trabalho tem como objetivo geral discutir o contexto, possibilidades e desafio da enfermagem do trabalho na perspectiva brasileira; apresentar possibilidades e desafios vivenciados por profissionais da área e discutir o contexto, possibilidades e desafio da enfermagem do trabalho na perspectiva brasileira.

O modelo econômico aplicado no Brasil, o capitalismo, seu modo operante possui confi-

to de interesse com a massa que o possibilita existir no país, de modo que as condições de trabalho, na maioria dos casos, os trabalhadores são expostos a riscos ergonômicos que colocam perigo sua integridade física e mental, deste modo, a enfermagem do trabalho torna-se imprescindível para mediar e promover a saúde no ambiente do trabalho, deste modo, esse trabalho possibilitará que a comunidade acadêmica e científica crie maior intimidade com a temática, além de difundir um conhecimento de extrema relevância para a saúde pública brasileira, pois o mesmo afetará diretamente a sociedade por tratar de uma temática onde o ser humano é o principal ator: o trabalhador.

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, das quais utilizaram-se de fontes secundárias e foram elaboradas essencialmente de artigos e livros encontrados por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) das bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF, utilizando-se dos descritores em saúde: Saúde do Trabalhador; Segurança do Trabalho e Enfermagem do Trabalho.

DESENVOLVIMENTO

Esta pesquisa versa sobre contexto, possibilidades e desafio da enfermagem do trabalho na perspectiva brasileira por meio de uma revisão bibliográfica descritiva com abordagem qualitativa.

Para a construção desta revisão utilizou-se de fichamentos literários e resumos para organizar e sintetizar as ideias das obras utilizadas, onde realizou primariamente leituras seletivas para a escolha dos artigos e livros a serem incluídos no estudo, posteriormente realizou-se uma reflexão acerca do conteúdo do material selecionado e por último deu-se a análise das ideias encontradas nos materiais.

Saúde do trabalhador e enfermagem do trabalho: onde se encontram?

A enfermagem do trabalho, anteriormente conhecida como enfermagem laboral, surgiu na Inglaterra no final do século XIX, quando enfermeiros realizavam medidas preventivas e protetivas de saúde pública por meio de visitas aos domicílios de trabalhadores e familiares enfermos (MATOS; SILVA; LIMA, 2017).

Como pode-se perceber, a enfermagem cumpre seu papel primário nesta especialidade, compromissada com medidas fundamentais para a saúde pública e alargando o horizonte da profissão para campos carentes da sua força de trabalho e de sua ciência.

Nessa perspectiva, observa-se que a enfermagem do trabalho emerge em um contexto histórico do qual o mundo, e posteriormente o Brasil iniciam a lançar seus olhares para um problema de saúde pública que estava em crescimento, como também dando atenção a uma classe que até então, estava a margem dos direitos e cuidados com sua saúde.

Esse ramo iniciou suas atividades a partir da criação de legislações direcionadas a questão de acidente laborais, ganhando relevância e rapidamente expandindo-se em todo o mundo, principalmente na Europa, até por meio do Decreto nº.3.724 de 15 de janeiro de 1919 alcançar o Brasil, onde ocasionou o estabelecimento de parâmetros legais ao trabalhador que estão vulneráveis a riscos ergonômicos (STUTZ, 2010).

Vale ressaltar a importância da legislação, sobretudo das políticas públicas como forma de mediar os conflitos de interesse entre trabalhadores e empregadores, com vistas a proporcionar saúde e melhor qualidade de vida e condições de trabalho favoráveis ao indivíduo.

Como afirma Matos, Silva e Lima (2017, p. 206):

A enfermagem está consolidada enquanto ciência, apresentando corpo de conhecimento científico consistente e expressivo desenvolvimento de ações de pesquisa, com crescente produção e publicação do conhecimento científico. Ocupa Status significativo no atual contexto social brasileiro como profissão, com funções de promoção de saúde e qualidade de vida, de prevenção de doenças e agravos à saúde e de assistência ao indivíduo e aos grupos, com destaque ainda para as ações de ensino, gerenciamento, auditoria, saúde e segurança no trabalho, entre outras, com reconhecimento como um bem social.

No Brasil, a enfermagem, bem como os demais profissionais de segurança e medicina do trabalho, foi integrada às instituições comerciais de forma compulsória, pois o Estado tinha como prioridade emergente diminuir os elevados números de acidentes laborais em meados da década de 1970, quando o país liderou o ranking como a nação com o maior número de acidentes de trabalho no mundo (FILGUEIRAS, 2017).

Esse cenário possui fortes raízes na Revolução Industrial, o que provocou danosas consequências na saúde da população, principalmente à saúde do trabalhador, ocasionando expressivas epidemias resultantes das transformações estruturais e sociais, além das graves crises sanitárias e sociais provocadas pelo modelo econômico vigente: o capitalismo.

Esta situação culminou com a imposição governamental sobre as empresas para que as mesmas tivessem em seu quadro de colaboradores profissionais especializado em segurança e medicina do trabalho, assim como tal realidade resultou na criação do Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SEESMT), que foi instituído pela Portaria nº 3.237 de 27 de junho de 1972 (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

As políticas públicas e serviços especializados criados para a organização, normatização e coordenar da saúde do trabalhador, propiciaram amparo e parâmetros que tem por objetivo realizar e executar as ações de forma sistematizada para a superação e prevenção de agravos à saúde advindos das atividades laborais, a exemplo da SESMET.

Tal serviço já havia sido recomendado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), desde 1959, e no Brasil a SEESMT já era preconizada pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) no artigo 164 de 1943. Tratava-se de um protótipo técnico, onde o único interesse governamental e empresarial era a atenuação do número de acidentes laborais, sem qualquer interesse na atenção integral à saúde do trabalhador, conferindo a esta função meramente curativa, prestando assistência apenas ao trabalhador que eventualmente sofresse algum acidente no ambiente de trabalho (LACAZ, *et al.*, 2019).

A SESMT estabelece-se como ponto de partida e apoio para as melhorias na saúde do trabalhador, com embasamento teórico e técnico com vistas a diminuição das ocorrências de acidentes no ambiente de trabalho que provocassem qualquer prejuízo ao trabalhador, porém ele apresenta uma lacuna por abordar apenas a acontecimentos pontuais apenas para a assistência ao trabalhador, não desenvolvendo atividades preventivas e de promoção em saúde.

Por meio da Portaria MS/GM nº 1.190, de 14 de julho de 2005, institui a Política Nacional de Promoção da Saúde que tem por interesse promover a qualidade de vida e diminuir a vulne-

rabilidade e riscos à saúde referentes aos determinantes e condicionantes de saúde, nos modos de vida, condições de trabalho, moradia, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso aos bens e serviços fundamentais.

Neste contexto, os Determinantes Sociais de Saúde inferem sobre como a organização da sociedade influencia as diferentes condições de saúde e doença da população, por meio do material, psicossocial e do comportamento, e nesse âmbito, o trabalho comporta-se como mais influente nos impactos sobre a saúde da população.

Cabe ressaltar que a Revolução Industrial provocou danosas consequências na saúde da população, principalmente à saúde do trabalhador, ocasionando expressivas epidemias resultantes das transformações estruturais e sociais, além das graves crises sanitárias e sociais provocadas pelo modelo econômico vigente: o capitalismo.

Ligado a isso, as desastrosas condições de vida e trabalho dos indivíduos, ocasionadas pela construção e crescimento desordenado dos centros urbanos, e pela carência cada vez maior de difundir e aumentar o capitalismo por meio dos esforços da força de trabalho e da pobreza, e tal processo imprimiu marcas profundas de desequilíbrio social e econômico, desenhando uma concentração de renda desigual, cenário de violência urbana, desemprego e situações de miséria (BARBOSA, 2014).

O trabalho da equipe de segurança e medicina do trabalho ocorria de forma desintegrada e sem nenhuma interação ou correlação entre os profissionais porém, com a nova classificação de risco indicada na Norma Regulamentadora 4 (NR4) visou a unificação das atribuições referentes a SEESMT, com vistas a integrar as equipes e melhorar a assistência prestada, e posteriormente, com uma mudança na NR 7, onde passou a ser denominado Programa de Controle de Saúde Ocupacional (PCSO) pôs em cena as atividades voltadas para medidas preventivas, criando então os Programas de Promoção e Prevenção à Saúde do Trabalhador (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

No contexto da Saúde do Trabalhador, a enfermagem desempenhou papel de destaque, onde a priori atuou no atendimento dirigido à assistência preventiva e de promoção às patologias relativas ou não às atividades ocupacionais. Este ramo da enfermagem busca utilizar novas técnicas e estratégias no rastreamento precoce de enfermidades clínicas ou ocupacionais, em processos seletivos de candidatos às vagas de emprego nas empresas.

A Carta Ottawa preconiza que para possibilitar a criação de ambientes favoráveis à saúde, faz-se necessário a realização de ações e medidas que devem abranger o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a cidade, sobre o desenvolvimento de competências pessoais, define que é fundamental a difusão de informativos acerca da educação em saúde direcionadas para os lares, escolas, no ambiente de trabalho e em todos os espaços coletivos.

Por meio da Portaria MS/GM nº 1.190, de 14 de julho de 2005, institui a Política Nacional de Promoção da Saúde que tem por interesse promover a qualidade de vida e diminuir a vulnerabilidade e riscos à saúde referentes aos determinantes e condicionantes de saúde, nos modos de vida, condições de trabalho, moradia, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso aos bens e serviços fundamentais.

Entende-se que o ambiente de trabalho é um local importante para a disseminação e

execução de programas de proteção e promoção da saúde, e prevenção de doenças e agravos, e enquanto os empresários tem por obrigação oferecer um espaço de trabalho livre de riscos e seguro, eles também têm momentos oportunos para a promoção de ações coletivas e individuais de saúde, o que pode vir a proporcionar um ambiente de trabalho saudável.

Percebe-se a íntima ligação entre saúde e trabalho, quando o mesmo é considerado como fator de elevada influência na saúde do indivíduo, sendo um dos fatores apontados em uma política pública de saúde, evidenciada pela criação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho de 2011, que tem por propósito a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e na prevenção de acidentes e prejuízos provenientes ou referente as suas atividades ocupacionais, através da extinção ou diminuição dos riscos no ambiente.

Enfermagem do trabalho: possibilidades e desafios

A enfermagem do trabalho, de maneira singular configura-se como uma especialização que passa pelo processo de solidificação no mercado de trabalho desde o final do século passado como uma das fundamentais profissões que compõe a saúde do trabalhador alcançando todos os espaços que envolvem o trabalhador, sejam ele em quaisquer esferas ou ramos de mercado.

As funções basilares da equipe de enfermagem do trabalho divide-se em três grupos: funções técnicas como realização de campanhas de imunização, coleta de material biológico para realização de exame, verificação dos sinais vitais e antropometria, campanhas voltadas à promoção à saúde; funções de ensino como a realização e elaboração de atividades educativas relacionadas à saúde, treinamento de primeiros socorros para os integrantes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e para os responsáveis pela eletricidade do local, elaboração de materiais informativos e promoção de peças teatrais com temáticas relacionadas à saúde; função administrativa que consiste em organizar, controlar e coordenar como realizar o controle dos prontuários, verificar e enviar equipamentos para manutenção, verificar datas de vencimento dos produtos e serviços; função empreendedora está na habilidade em reinventar-se criando novas estratégias que atraiam os funcionários, com vistas a aperfeiçoar o serviço (MORAES, 2007).

As atribuições profissionais da equipe de enfermagem requer preparo técnico para o desenvolvimento de suas atividades, e o enfermeiro necessita possuir múltiplas habilidades para coordenar a assistência nesses ambientes, uma vez que o mesmo é responsável por ações de fundamental importância no cenário dessa especialidade.

Deste modo, o profissional da enfermagem do trabalho conquista espaço nas organizações, passando a ser corpo integrante do quadro de colaboradores da empresa, e intervindo diretamente na promoção, prevenção da saúde no ambiente laboral, mas também contribuindo para o estabelecimento de qualidade de vida dos funcionários, por meio de assistência especializada que tem como principal atividade que é ser o apoio técnico responsável pela prevenção e anulação dos riscos laborais visando bem-estar mental e físico (MATOS; SILVA; LIMA, 2017).

A promoção da saúde pode ser considerada como um empenho comunitário estruturado para alcançar políticas que tenham por interesse aprimorar as condições de saúde da população e programas de cunho educativo para que o sujeito melhore sua condição de saúde individual.

Porém, um dos grandes desafios dessa especialização dá-se em desenvolver atividades de educação em saúde a esfera ocupacionais que trabalhem em espaços desarticulados de escritórios, a exemplo de caminhoneiros, motoboys e taxistas (SEDANO, *et al.*, 2010)

Como citado anteriormente, uma das funções do enfermeiro do trabalho é o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, pois o mesmo possui o conhecimento teórico acerca e centra-se em um ideal mediador, deste modo cabe a ele desenvolver habilidades para alcançar públicos de acesso limitado, e reinventar-se com estratégias que busquem atraí-los, como é o caso de motoristas, caminhoneiros, taxistas entre outros.

A promoção da saúde no ambiente do trabalho, do trabalhador, possibilita o aumento da produtividade, por consequência o setor empresarial alcança melhores resultados no mercado. Percebe-se também que os custos com serviços médico-hospitalares reduzem, assim, em certa medida, redistribuindo verbas para demais áreas.

Embora observados os avanços históricos na legislação e nas condutas pertinentes à saúde do trabalhador, ainda existem muitas lacunas que fragilizam a luta, evidenciadas pelas dificuldades na efetivação das políticas públicas de saúde do trabalhador preconizadas por meio do Sistema Único de Saúde no país, encontrando dificuldades relacionadas a alta fragmentação das ações que são realizadas por órgãos diferentes e desarticulados, além do cunho marginal e ausência de protagonismo em que são tratadas as questões relacionadas à saúde do trabalhador.

Outro grande desafio posto a este profissional dá-se pelas limitações das instituições as quais trabalham, onde por muitas vezes insumos são insuficientes que comprometem o desempenho das atividades como, ausência de equipamentos, redução dos profissionais entre outros (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998).

A qualidade da assistência desse profissional vai além de suas habilidades técnicas, pois necessita de fortalecido suporte administrativo e de insumo para o desenvolvimento de suas atividades, e conseguir atingir o propósito de construir e fortalecer a saúde do trabalhador nas instituições em que atuam.

A conexão entre trabalho e promoção da saúde, além de ser factível, torna-se extremamente urgente e fundamental no processo de execução e implementação de uma política de saúde do trabalhador que o coloque como sujeito importante e protagonista no processo de cuidado e autocuidado com a própria saúde e como membro da comunidade.

Outro fator complicador dá-se pelas dificuldades interpessoais, uma vez que a segurança do trabalhador envolve equipes multiprofissionais e organizações que interdependentes, assim como também se torna ainda mais árduo o trabalho desses profissionais em empresas que prestam serviços de alto risco ergonômico como serralherias, fábrica de produtos químicos entre outros e estes fatores põem-se como desafio por exigir do profissional habilidades a mais (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998).

A promoção da saúde no contexto do trabalho, impacta sobre a qualidade de vida do indivíduo, no seu rendimento enquanto profissional, em sua essência cidadã e nas suas relações com objetos, com o outro e com a sociedade, fazendo a saúde pública e saúde coletiva realizar um ciclo cada vez mais equânimes.

A exposição a situações desafiadoras ocorridas no próprio ambiente de trabalho, apresenta-se como um grande complicador para estes profissionais, pois a variedade em perigo e gravidade ao qual os funcionários são expostos podem modular muito, e o próprio enfermeiro estar exposto a riscos biológicos, químicos e físicos (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998).

A própria vivência com situações de alto risco gera no profissional emoções e sentimentos que podem trazer complicações no seu próprio processo de trabalho, além do que existem empresas que apresentam maior perigo como as supracitadas, empresas que prestam serviços que exigem do seu trabalhador alto esforço físico, manipulação de produtos químicos, ruídos, manipulação de máquinas e entre outros.

Dentre as possibilidades dessa especialidade da enfermagem faz-se relevante buscar aprofundamentos teóricos, com o objetivo de fortalecer a profissão, como articular-se com o conselho, bem como fortalecer a formação dos futuros profissionais da área dedicando-se e ao desenvolvimento de pesquisas na temática (SILVA *et al.*, 2011).

Embora seja uma especialidade de grande relevância a entendimento de saúde pública, este profissional, no mercado de trabalho, ainda se encontra em poucos espaços institucionais por haver desconhecimento e desvalorização deste ramo da enfermagem.

Além disso, para superar os desafios enfrentados, as organizações devem sofrer uma gradativa metamorfose, especialmente nos adequados equipamentos e nas condições do processo laboral, por meio de planejamentos estratégicos avaliativos juntamente com as ações de educação em saúde contínua, ademais, a organização da assistência de enfermagem necessita abranger a promoção, prevenção, e melhoria da qualidade de vida no espaço de trabalho (SILVA *et al.*, 2011).

Para além, abre-se também, maiores possibilidades de atuação do enfermeiro, como também maior participação no campo da saúde pública e coletiva, uma vez que se trata de uma especialidade direcionada a maior porcentagem populacional da sociedade, o trabalhador, que enfrenta grandes desafios em seu processo laboral e necessita de um olhar holístico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização desta pesquisa, foi possível inferir que a criação o campo de atuação da enfermagem do trabalho ainda é recente, e por isto enfrenta ainda muitas dificuldades como o reconhecimento ades como o reconhecimento profissional, reduzida produção científica acerca da temática e organizações que regulamentem de forma mais particular a profissão.

Visto a importância da segurança do paciente para a saúde pública, este ramo técnico necessita cada vez mais que políticas públicas e organizações para fortalecê-la e com isso aumentar a expectativa e qualidade de vida da população.

Deste modo, estas condições tornam-se campo fértil para a produção o desenvolvimento de pesquisas na área e buscar, por meio deste informar e sensibilizar a sociedade da importância desta área.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: MS; 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
- BARBOSA, A. S. A. Saúde do trabalhador: importância do enfermeiro. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes, 2014.
- FILGUEIRAS, V. A. Saúde e segurança do trabalho no Brasil. In: FILGUEIRAS, V. A. (org.). Saúde e segurança do trabalho no Brasil. Brasília: Gráfica Movimento, 2017. cap. 1, p. 19-78.
- GOMEZ, M. G; VASCONCELLOS, L. C. F; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018.
- LACAZ, F. A. C, *et al.* Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial, p. 120-132, 2019.
- MATOS, D. A. R; SILVA, S. O. P; LIMA, C. B. Enfermagem do Trabalho: abordando competências e habilidades para a atuação do enfermeiro. Temas em Saúde, João Pessoa, v. 17, n. 3, p. 204-2016, 2017.
- MORAES, M. V. G. Enfermagem do trabalho: programas Procedimentos e Técnicas. 4ª. ed. Sao Paulo: latria, 2007.
- SILVA, J. L. L, *et al.* O ruído causando danos e estresse: possibilidade de atuação para a enfermagem do trabalho. AVANCES EN ENFERMERÍA, v. XXXII, n. 1, jan/jun., 2014
- SILVA, V. E. F; KURCGANT, V; QUEIROZ, V. M. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. R. Bras. Enferm. Brasília, v. 51, n. 4, p. 603-614, out./dez., 1998.
- STUTZ, B. L. As Primeiras Escolas de Enfermagem e o Desenvolvimento desta Profissão no Brasil. Cadernos de História da Educação, v. 9, n. 2, p. 347-362, jul/dez, 2010.
- VASCONCELLOS, L. C. F. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 113, p. 605-617, 2017.



**A importância da atenção
farmacêutica aos pacientes
oncológicos: uma revisão de
literatura**

**The importance of pharmaceutical
care to patients oncologicals: a
literature review**

Ananda Sales Cunha
Erisnalda Teixeira Castro
Thiara Lorena Bezerra da Silva Oliveira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.26

RESUMO

O câncer é uma patologia caracterizada pelo crescimento desordenado de células, que possuem a capacidade de espalhar-se entre os demais tecidos e órgãos adjacentes à região afetada, sendo considerada a segunda maior causa de morte no mundo. Onde o farmacêutico através de ações multidisciplinares, visa resolver os problemas associados à terapia medicamentosa na oncologia, junto a outros profissionais da saúde, visando um tratamento seguro e eficaz através do segmento farmacoterapêutico. Esse trabalho teve como objetivo compreender qual a importância do farmacêutico na atenção ao paciente oncológico assim como sua contribuição na equipe multidisciplinar. Essa pesquisa foi realizada na forma de uma revisão integrativa da literatura. Onde os resultados apontam pra uma convergência entre os resultados apontando o farmacêutico como um importante membro da equipe multidisciplinar, contribuindo para a promoção, saúde e bem-estar dos pacientes.

Palavras-chave: atenção farmacêutica. câncer. farmacêutico. neoplasia. oncologia.

ABSTRACT

Cancer is a pathology characterized by the disorderly growth of cells, which have the ability to spread to other tissues and organs adjacent to the affected region, being considered the second leading cause of death in the world. Where the pharmacist, through multidisciplinary actions, aims to solve the problems associated with drug therapy in oncology, together with other health professionals, aiming at a safe and effective treatment through the pharmacotherapeutic segment. This work aimed to understand the importance of the pharmacist in the care of cancer patients, as well as their contribution to the multidisciplinary team. This research was carried out in the form of an integrative literature review. Where the results point to a convergence between the results pointing the pharmacist as an important member of the multidisciplinary team, contributing to the promotion, health and well-being of patients.

Keywords: pharmaceutical care. cancer. pharmaceutical. neoplasia. oncology.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma patologia caracterizada pelo crescimento desordenado de células, que possuem a capacidade de espalhar-se entre os demais tecidos e órgãos adjacentes à região afetada. As células cancerosas multiplicam-se de forma rápida, tendo a tendência de serem agressivas, apresentando grande capacidade invasiva. A rápida proliferação celular acaba levando à formação de tumores de massa celulares, esses podendo ser classificados como benignos e malignos, no qual os tumores benignos não possuem capacidade invasiva e os malignos possuindo uma grande capacidade de invasão (DE CARVALHO; COSTA; FRANÇA, 2019).

De acordo com o INCA, no Brasil, o câncer é uma das principais causas de morte, sendo um problema de saúde pública, que não é enfrentado somente pelo sistema de saúde brasileiro levando em consideração a extensão epidemiológica, social e econômica (DE OLIVEIRA SANTOS *et al.*, 2023). Onde percebe-se um aumento de casos em países em desenvolvimento, principalmente devido a questões socioeconômicas e hábitos de vida: sedentarismo, alimentação,

tabagismo, álcool entre outras (BRAY *et al.*, 2018).

Sendo ainda, considerada a segunda maior causa de morte no mundo. Acredita-se que pelo menos um terço de novos casos de câncer notificado por ano no mundo poderia ser evitado, através de medidas de prevenção da doença, e maior rapidez na obtenção prévia do diagnóstico e início do tratamento (BRAY *et al.*, 2018).

A magnitude socioepidemiológica dessa patologia e os seus elevados custos com o tratamento tornam a doença um dificultador para políticas públicas sendo de grande impacto e relevância para o Sistema Único de Saúde (SUS). Para reduzir a incidência e prevalência da enfermidade, o Ministério da Saúde (MS) publicou em 2005 a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), enfatizando ações de promoção e prevenção, diagnóstico precoce, qualidade do tratamento e avaliações econômicas. No âmbito do acesso a medicamentos o trabalho e utilização da assistência e atenção farmacêutica, passa a ser fundamental, levando em consideração o grau de complexidade do câncer (BERMUDEZ *et al.*, 2018).

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (CFF), a atenção farmacêutica é um serviço realizado pelo farmacêutico, no qual o principal beneficiário é o paciente. O farmacêutico clínico atua efetivamente na assistência da saúde do paciente, responsabilizando-se junto à equipe multiprofissional em saúde pela efetividade da farmacoterapia, visando à identificação, resolução e a prevenção de problemas relacionados aos medicamentos, que ocorrem devidos os efeitos colaterais que ocorrem ao longo do tratamento (AGUIAR *et al.*, 2018).

O farmacêutico através de ações multidisciplinares, visa resolver os problemas associados à terapia medicamentosa na oncologia, junto a outros profissionais da saúde, devendo sempre manter-se atualizado sobre a farmacoterapêutica, documentando todos os problemas relacionados aos medicamentos que apareçam ao longo do tratamento, acompanhando de perto cada paciente, visando um tratamento seguro e eficaz através do segmento farmacoterapêutico (SANTOS *et al.*, 2018).

Portanto, esse trabalho teve como objetivo compreender qual a importância do farmacêutico na atenção ao paciente oncológico, assim como sua contribuição na equipe multidisciplinar. Abordando alguns aspectos sobre o câncer, ressaltando as principais terapias farmacológicas antineoplásicas, além de verificar a efetividade da atenção farmacêutica ao paciente oncológico.

Diante do exposto e analisando o contexto da assistência farmacêutica em saúde pública no Brasil, bem como as necessidades apresentadas por pacientes oncológicos ao longo da farmacoterapia, levanta-se a hipótese, de que o farmacêutico é o profissional que detém de todo o conhecimento para atuar de forma positiva com suas contribuições através da atenção farmacêutica para melhoria na qualidade de vida de pacientes em terapia antineoplásica.

O trabalho justifica-se da necessidade de dar ênfase para o debate sobre a relevância do profissional farmacêutico em uma doença que causa um impacto psicológico negativo no paciente e familiares. Por muito tempo, ao receber o diagnóstico de câncer a pessoa sentia estar recebendo uma sentença de morte, desse modo, a escolha do tema deve-se a importância da difusão da atenção farmacêutica, proporcionando o acesso aos medicamentos antineoplásicos, abordando um conjunto de ações voltadas na prevenção, promoção e recuperação da saúde, utilizando a terapia farmacológica como principal via terapêutica.

O estudo mostra-se de grande relevância, pelo fato do farmacêutico está diretamente relacionado à manipulação e a farmacoterapia. Espera-se que este estudo contribua com a sociedade no sentido de reconhecer a importância do farmacêutico na terapia medicamentosa de pacientes em tratamento antineoplásico.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada na forma de uma revisão integrativa da literatura. Essa revisão possibilita analisar pesquisas consolidadas e obter conclusões acerca de uma temática. Exigindo padrões de rigor, clareza e replicação. Sendo organizada em seis etapas, a saber: identificação do tema, questão de pesquisa; critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem retiradas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (DANTAS, 2022).

O tema “A importância da atenção farmacêutica aos Pacientes oncológicos: uma revisão de literatura” determinou a construção da estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente (P), Interesse (I) e Contexto (Co), na qual será utilizada para a geração da questão norteadora desta revisão integrativa da literatura: “Qual a importância da atenção farmacêutica para melhoria do tratamento oncológico?”.

Para a localização dos estudos, utilizaram-se descritores indexados e não indexados (palavras-chave) no idioma português e inglês. Os descritores foram obtidos a partir do Medical Subject Headings (MESH), dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), como mostra o Quadro 1.

Foram consultadas, por meio de descritores e palavras-chave, as bases de dados; Biblioteca virtual da saúde (BVS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (PubMed/MEDLINE), Google Scholar.

Quadro 1 – Elementos da estratégia PICO, descritores e palavras-chave. Teresina, PI, Brasil, 2023.

| | Elementos | Mesh | Decs | Palavras-chave |
|-----------|----------------------------|----------------------------|---|---|
| P | “Neoplasias” | “Neoplasms” | “Neoplasms” “Neoplasias” | “Câncer” “Neoplasia” “Tumor” “Tumor Maligno” “Tumores” “Tumores” “Malignos” |
| I | “Tratamento Farmacológico” | “DrugTherapy” | “DrugTherapy” “Quimioterapia” | “Farmacoterapia” “Quimioterapia” “Quimiotratamento” |
| Co | “Assistência Farmacêutica” | “Pharmaceutic al Services” | “Pharmaceutic al Services” “ServiciosFar macêuticos” | “Atenção Farmacêutica” “Cuidados Farmacêuticos” “Serviços de Assistência Farmacêutica” |

Fonte: Autoria própria, 2023.

Os termos utilizados durante a pesquisa foram classificados, resultando em estratégias específicas de cada base, conforme o quadro 2.

Quadro 2 – Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados BVS, PubMed/MEDLINE e GOOGLE ACADÊMICO – Teresina, PI, Brasil, 2023.

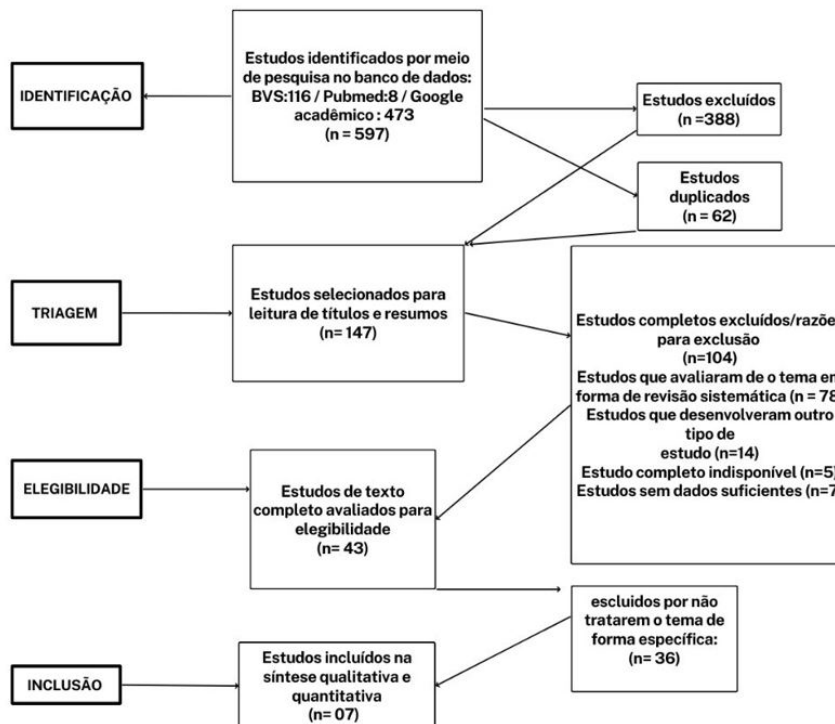
| Base de Dados | Estrategia de Busca | Resultados | Filtrados | Selecionados |
|------------------|--|------------|-----------|--------------|
| Google Acadêmico | (farmacêutico) AND (oncologia) AND (farmacoterapia) | 473 | 97 | 2 |
| BVS | (Farmacêutico AND Câncer) | 116 | 47 | 4 |
| PubMed | (Assistência farmacêutica AND câncer) | 8 | 3 | 1 |

Fonte: Autoria própria, 2023.

Após uma pesquisa detalhada de trabalho nas bases de dados, foram descartados trabalhos que não preencheram os critérios de inclusão, sendo esses critérios: estudos disponíveis em sua totalidade, publicados nos últimos cinco anos, de 2017 a 2023, na língua portuguesa, inglesa, trabalhos originais relacionados à importância do farmacêutico no tratamento de pacientes oncológicos, assim como a eficácia de suas atribuições junto à equipe multidisciplinar.

Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos, trabalhos apresentados em eventos científicos, capítulos de livros, manuais, artigos de revisão narrativa, monografias, dissertações, teses, bem como artigos encontrados fora das bases de dados. O fluxograma 1 demonstra de forma mais detalhada como se deu a seleção dos artigos incluídos.

Fluxograma 1 - Revisão sistemática da literatura.



Fonte: Autores, 2023

RESULTADOS

Caracterização dos estudos

Dos 07 (sete) estudos selecionados nesta revisão 06 (seis) estavam na língua portuguesa (85,71%), somente 01 estavam na língua inglesa (14,29%). A maioria das publicações foram concentradas nos anos de 2019 e 2020. O Quadro 3, mostra a distribuição dos estudos segundo as bases de dados, autores e anos de publicações; título; tipo de estudo; objetivos; principais resultados encontrados. Sendo a tabela posicionada quanto ao ano de publicação dos artigos em ordem crescente. Os estudos constaram sobre as práticas de atenção farmacêutica na oncologia e na equipe multiprofissional.

Quadro 3 - Publicações incluídas segundo o título do artigo, autor/ano, delineamento do estudo/nível de evidência, objetivo principal e principais resultados. Teresina – PI, 2023. (N=X)

| Nº de Ordem e base | Título do artigo | Autor/ Ano | Objetivo principal | Principais resultados |
|--------------------|---|---|---|--|
| 1 Google acadêmico | Organização e práticas da assistência farmacêutica em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde | Silva; Osorio-de- Castro, 2019 | Analisar a organização e as práticas da assistência farmacêutica em oncologia em municípios brasileiros a partir da compreensão de gestores e profissionais de saúde, tendo o câncer de mama como condição marcadora. | Quanto à estrutura organizacional, observou-se consenso sobre a importância da organização e estruturação da assistência farmacêutica para o funcionamento adequado da rede de atenção oncológica. E que o financiamento do tratamento oncológico tem sido insuficiente sendo necessários maiores investimentos. |
| 2 BVS | O processo do cuidar em oncologia sob a ótica dos profissionais da área da saúde | Dias, Ingrid Marques <i>et al.</i> 2019 | Analisar as concepções e práticas da equipe de saúde acerca do processo de cuidar em um centro de tratamento oncológico, em um município do interior de Minas Gerais | Percebeu-se que a equipe interdisciplinar é vista como uma ferramenta estratégica para a implementação do cuidado holístico, sendo considerada como um fator facilitador do processo de cuidar. E que o processo de cuidar em Oncologia necessita do acolhimento e da relação criada entre os membros envolvidos no cuidado, por ser um processo facilitador na criação do vínculo terapêutico entre profissional- família e paciente. |

| | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|
| 3 BVS | Farmacovigilância: terapia semi-intensiva da oncopediatria em um hospital filantrópico. | Barbosa, Khrisna Fiuza <i>et al.</i> 2019 | Analisar a utilização de medicamentos prescritos no setor de terapia semi-intensiva da oncopediatria em um hospital filantrópico. | 129 internações no setor de oncopediatria, das quais 18 pacientes foram admitidos na unidade semi-intensiva de tratamento. Com relação a farmacoterapia existia uma diversidade prescrições, com uma maior utilização dos grupos farmacológicos, dos antineoplásicos, anti-infecciosos e os que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC). Entre os antineoplásicos, os mais frequentes foram vincristina e metotrexato (ambos com 14%), citarabina (12%) e ciclofosfamida (10%). Os anti-infecciosos mais prevalentes corresponderam à cefepima (14%), meropenem (12%) e vancomicina (10%). Dipirona (46%), fentanil (19%) e morfina (16%) representaram os analgésicos mais prescritos. |
| 4 PubMe d/MEDLINE | Origin-destination-flows in chemotherapy for breastcancer in Brazil: implications for pharmaceutical services. | Silva, M; Melo, Enirtes C. P; Osorio-de-Castro, C. G. S, 2019. | Mapear e analisar os fluxos de pacientes em quimioterapia para tratamento do câncer de mama. Para identificar potenciais obstáculos à assistência farmacêutica na rede de atenção oncológica. | Dos procedimentos quimioterápicos, 50,8% foram realizados no município de residência do paciente, 45,5% foram realizados em outros municípios seguindo o fluxo da rede principal e 3,7% foram realizados em redes diferentes ou entre filiais em a mesma rede. A distância mediana do local de residência do paciente até o serviço de saúde para realização de procedimentos quimioterápicos foi de 103,9 km. |
| 5 Google acadêmico | Abordagem do serviço farmacêutico no Ceoc da cidade de Caruaru-Pe—A importância do farmacêutico na área da oncologia | DE Lima; DA Silva; DE Melo Guedes, 2020. | Realizar uma abordagem do serviço farmacêutico no CEOC—Centro de oncologia de Caruaru, visando obter e levar conhecimentos a estudantes e profissionais da saúde sobre as atividades rotineiras exercidas pelo farmacêutico na oncologia | Não são realizadas auditorias internas no CEOC, porém, existe um trabalho multiprofissional já bem delineado. Onde os farmacêuticos da equipe analisam detalhadamente as reações adversas aos medicamentos, prevenindo falhas. Os medicamentos mais utilizados são os citostáticos orais, hormonioterápicos e quimioterápicos, ciclofosfamida, carboplatina, dicarbazina, trastuzumabe, azacitidina, melfalanoclorambucila, etoposideo, irinotecano. |

| | | | | |
|-------|--|---|--|--|
| 6 BVS | Avaliação da adesão ao tratamento com Tamoxifeno por mulheres com câncer de mama. | DOS Santos Salazar, Rodrigo Fernando <i>et al.</i> 2020 | Avaliar a adesão ao tratamento com Tamoxifeno (TMX) em mulheres com câncer de mama, antes e após acompanhamento farmacoterapêutico. | Com relação aos problemas relacionados aos medicamentos (PRMs), a maioria foram os de segurança, relacionados às reações adversas. Em que 11 pacientes tiveram orientações farmacêuticas e 11 pacientes foram orientadas sobre o risco da automedicação, sendo somente 5 que não aceitaram orientação, sendo ao longo da pesquisa realizadas 54 intervenções farmacêuticas, sendo o número de reações adversas menores entre aqueles que tiveram orientação farmacêutica. |
| 7 BVS | Reações adversas medicamentosas em pacientes em quimioterapia e estratégias de intervenções. | Mendes; Dó-labela 2023. | Relatou as Reações Adversas a Medicamentos (RAM) apresentadas por pacientes em quimioterapia (QT) e propor estratégias de intervenções, utilizando uma ferramenta desenvolvida pelas autoras | Apenas 5 sujeitos não relataram nenhuma comorbidade, sendo hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes as mais relatadas. Onde a maioria das interações medicamentosas (IM) foi considerada moderada (55%). Já as consideradas graves representaram aproximadamente 45% das IM encontradas e 61% destas envolveram medicamentos de suporte a quimioterapia e medicamentos considerados de uso contínuo. As principais reações adversas foram hemoglobina (15%), anorexia (13%), náuseas (13%), diarreia (11%), neuropatia (11%) fraqueza (9%), alopecia (9%), vômito (7%), leucopenia (4%) e tontura (2%). |

DISCUSSÃO

Contextualização e definição do câncer

Estima-se que entre os anos de 2018 e 2040 haverá mais de 29 milhões de novos casos de câncer no mundo. Sendo para a identificação do câncer evidenciada algumas características diversificadas, denominadas de marcas registradas, na transformação das células normais em células malignas, as características dessas marcas são: estimulação de crescimento, evasão de supressores de crescimento, resistência à apoptose, imortalidade replicativa indução de angiogênese e ativação de invasão e metástase (SANTOS *et al.*, 2021).

Para um tumor ser considerado maligno ou benigno, deve-se analisar o padrão do crescimento celular. Onde os tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento e expansivo apresentando limites bem nítidos, apesar de não invadirem os tecidos vizinhos, podem comprimir os órgãos e tecidos adjacentes (DE CARVALHO; COSTA; FRANÇA, 2019).

As neoplasias malignas, caracterizam-se pela capacidade invasiva das células, isso possibilita que estas desprendam-se do tecido de origem e penetrem nos vasos sanguíneos ou linfáticos, o que acaba causando a formação de tumores secundário, disseminando-se em outras regiões do corpo, ocasionando metástase (DE CARVALHO; COSTA; FRANÇA, 2019). Sendo seu tratamento múltiplo e específico, onde para cada situação deve-se ser considerado o estadiamento da doença, suas características biológicas, clínicas e sociodemográficas (DOS SANTOS *et al.*, 2020).

Principais terapias

Para a escolha do melhor tratamento do câncer é necessária uma análise criteriosa, sendo feita de acordo com o tipo de tumor, grau de invasão a localização, além de outros fatores. As terapêuticas habituais utilizadas para o tratamento do câncer são a imunoterapia, quimioterapia, cirurgia e radioterapia (SILVEIRA, 2019).

A imunoterapia é uma estratégia para o tratamento do câncer que tem como finalidade induzir a imunidade antitumoral pelo sistema imunológico, visto que, os imunoterápicos apresentam alta afinidade por células tumorais e tem restrições quanto a toxicidade em células normais. Os estímulos ocorrem de forma ativa, aumentando a resposta do sistema imunológico contra tumores ou passivamente oferecendo subsídios para atuar no sistema imune. Sendo o Trastuzumabe, o primeiro imunoterápico a mostrar ação em sítios específicos para o tratamento do câncer (FREIRE, 2019).

A radioterapia é considerada um método que visa à destruição de células tumorais utilizando um feixe de radiações ionizantes, com uma dose pré-calculada de radiação em um determinado tempo, aplicada diretamente ao tecido tumoral, auxiliando ainda a cirurgia ou a quimioterapia, sendo a terapia farmacológica a mais utilizada no tratamento antineoplásico (DE OLIVEIRA; AIRES, 2018).

Na pesquisa de De Lima e col. (2020), em que se realizou um levantamento de drogas mais utilizadas na terapêutica antineoplásica listou-se as seguintes: citostáticos orais, hormonioterápicos e quimioterápicos, ciclofosfamida, carboplatina, dicarbazina, trastuzumabe, azacitidina, melfalanoclorambucila, etoposideo, irinotecano. Barbosa e col. (2019), cita ainda a vincristina, metotrexato, citarabina e ciclofosfamida como as drogas antineoplásicas mais frequentes nas prescrições.

O trabalho de Silva; Melo; Osorio-de-castro (2019), aponta a quimioterapia como sendo a modalidade de tratamento oncológico de maior prevalência na rede de atenção oncológica. O princípio da quimioterapia é o uso de drogas citotóxicas que ocasionam morte de celular, principalmente células cancerígenas, apresentando baixa seletividade e com grande potencial de eventos adversos, tais como queda de cabelo e fraqueza (FONTES *et al.*, 2019).

Para Silveira (2019), os quimioterápicos ainda apresentam desvantagens por não serem tão específicos, provocando grande morte celular, eliminando células tumorais e células normais. Essa falta de especificidade resulta em reações adversas, que podem apresentar-se de diversas formas. Como apontado no estudo de Dos santos *et al.* (2020), em que se verificou que as mais frequentes foram as que acometiam o sistema genital, seguidas pelas que afetam o trato gastrointestinal, sistema nervoso, sistema tegumentar, sistema urinário e sistema cardíaco.

Mendes; Dolabela (2023), relata ainda de forma mais específica as reações adversas, onde verificou-se a ocorrência de hemoglobinemia, anorexia, náuseas, diarreia, neuropatia, fraqueza, alopecia, vômito, leucopenia, tontura e em alguns casos dores no local da infusão da droga. Sendo o farmacêutico um profissional que pode contribuir de forma valiosa para a detecção precoce das reações adversas aos medicamentos e ainda das possíveis interações medicamentosas.

Atenção farmacêutica no tratamento de pacientes oncológicos

Dos santos *et al.* (2020), ao analisar os impactos da atenção farmacêutica em mulher com câncer de mama, constatou que atenção farmacêutica promoveu uma melhora significativa da adesão ao tratamento medicamentoso com antineoplásicos orais, auxiliando ainda na promoção de tratamentos não farmacológicos. A atenção farmacêutica inicia-se a partir do momento que o paciente se dispõe a informar ao farmacêutico sobre seu tratamento, sendo, contudo, confrontadas as informações do paciente com as que constam no prontuário médico, realizando uma anamnese para analisar a indicação farmacológica ideal, assim como possíveis interações medicamentosas, além de condições de armazenamento e controle da qualidade (SILVA *et al.*, 2019).

O envolvimento farmacêutico na terapia oncológica, tem como principal objetivo a promoção, saúde e bem-estar dos pacientes, analisando individualmente a terapêutica de cada paciente visando atender suas necessidades. Ajudando ainda na escolha certa de agentes quimioterápicos, o farmacêutico baseia-se em alguns princípios, tais como a eficácia de um fármaco, mesmo sendo utilizado isoladamente para um determinado tipo de câncer, devendo utilizar-se aqueles que possuam uma menor possibilidade de resistência cruzada, o farmacêutico está inserido ainda no auxílio ao acesso a esses medicamentos (SANTOS *et al.*, 2018).

O trabalho de Silva; Melo; Osorio-de-castro (2019), evidencia que existe um certo grau de dificuldade na acessibilidade de pacientes à quimioterapia, em algumas regiões do Brasil, onde os serviços de saúde públicos e privados conveniados ao SUS estavam presentes apenas em 32,6% das regiões de saúde do país. Isso acaba tornando o processo da atenção e assistência farmacêutica, uma vez que a quimioterapia envolve não somente as sessões sequenciais, existindo a necessidade de acompanhamento farmacêutico aos pacientes devido às reações adversas.

Além das reações adversas, outras atribuições do farmacêutico em oncologia, são a análise da prescrição, que é um dos pontos chaves na farmacoterapia, pois é nessa fase em que se antecede a preparação dos antineoplásicos. Durante essa fase é realizada uma análise geral para obter informações precisas sobre a patologia específica de cada paciente, e os medicamentos já utilizados. Porém, nem sempre é feita de forma detalhada e criteriosa (CARUSO; BREITBART, 2020). Corroborando com o estudo de De Lima; Da Silva; De Melo Guedes (2020), onde o farmacêutico, além de avaliar a prescrição médica, realiza cálculos de dosagem e também acompanhar os pacientes durante grande parte do tratamento, além da manipulação dos antineoplásicos.

O estudo realizado por Silva e Osorio (2019), aponta que a atividade mais realizada por farmacêuticos na oncologia é a de manipulação de medicamentos, onde outros profissionais de saúde entendiam a assistência farmacêutica apenas como um conjunto de atividades realizadas

exclusivamente pelos farmacêuticos, e não como um conjunto de ação que envolve uma equipe multidisciplinar. Ideia essa errônea, como afirma Da Silva e col. (2018), onde cabe ao farmacêutico compor a equipe multiprofissional nas visitas aos pacientes submetidos ao tratamento oncológico.

Para esta finalidade, em 2004 foi estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 220. Este Regulamento propõe os requisitos básicos para unidades, públicas ou privadas, que dispõem dos Serviços de Terapia Antineoplásica (STA). Que estabelece a Equipe Multiprofissional de Terapia Antineoplásica (EMTA), onde deverá ser composta de no mínimo um farmacêutico, um enfermeiro e um médico especialista (NUNES *et al.*, 2022).

De Lima; Da Silva; De Melo Guedes (2020), apontam para a necessidade do trabalho de forma integrada a equipe multidisciplinar de saúde. Pois tendo em vista que o câncer é uma doença impactante na vida dos pacientes, as atribuições e atitudes farmacêuticas podem afetar diretamente nos resultados do tratamento. Essas atitudes referem-se aos efeitos da farmacoterapia, além de fatos sociocultural e serviços que englobam medicamentos. Devendo possuir um conjunto de fatores durante sua formação que ultrapasse as fronteiras técnicas dos medicamentos (SANTOS, *et al.*, 2018).

De encontro com essa linha, Dias *et al.* (2019), afirmam também que o farmacêutico deve trabalhar de forma interdisciplinar, com o objetivo de ter um alicerce na articulação entre as diferentes áreas do conhecimento e a integração entre as diferentes disciplinas, caracterizando-o como um processo interativo com os demais profissionais de saúde. Corroborando com o trabalho de Lima; Da Silva; De Melo Guedes (2020). Porém, na prática, ao analisar a assistência farmacêutica na oncologia, são identificadas defasagens na organização e na padronização adotadas pelos municípios brasileiros, para aquisição de medicamentos primordiais no tratamento de pacientes oncológicos (SILVA; CASTRO, 2019).

Isso pode-se estar relacionado ainda a falta de auditorias, como é relatado no trabalho de De Lima; Da Silva; De Melo Guedes (2020), onde os farmacêuticos afirmam que seguem as legislações, porém, não eram realizadas auditorias para verificar a qualidade desses processos. Porém, que se observa é que mesmo com as adversidades, é possível notar que a consolidação do farmacêutico na terapia antineoplásica contribui para resultados positivos no tratamento, bem como sua intervenção ao avaliar a prescrição médica, fazendo de sua análise criteriosa fornece um alicerce para redução e prevenção de erros (SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim as neoplasias malignas que possuem um alto grau de capacidade invasiva, e ainda a capacidade de entrarem em metástase é uma doença com uma lata complexidade. Sendo existentes alguns métodos para o tratamento como imunoterapia, quimioterapia, cirurgia e radioterapia, onde a quimioterapia é a modalidade de tratamento oncológico de maior prevalência na rede de atenção oncológica, apresentando desvantagens por não serem tão específicos, gerando efeitos adverso.

O presente estudo aponta pra a responsabilidade do acompanhamento farmacêutico,

não só na atenção as reações adversas e interações medicamentosas, mas, também na promoção da melhoria da adesão ao tratamento. Tendo como principal objetivo a promoção, saúde e bem-estar dos pacientes, analisando individualmente a terapêutica de cada paciente visando atender suas necessidades, possibilitando melhor qualidade de vida de vida aos pacientes. Através do envolvimento com a equipe multidisciplinar.

Portanto, espera-se que a pesquisa abra espaço para mais pesquisas e discussões a respeito do trabalho de atenção farmacêutica frente ao cuidado de pacientes oncológicos, levando-se em consideração a importância desse profissional na prevenção de erros a respeito da terapêutica antineoplásica.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. S.; SANTOS, J. M.; CAMBRUSSI, M. C.; *et al.* Segurança do paciente e o valor da intervenção farmacêutica em um hospital oncológico. *Einstein (São Paulo)*, v. 16, n. 1, p. 1-7, 2018.

BARBOSA, Khrisna Fiuza *et al.* Farmacovigilância: terapia semi-intensiva da oncopediatria em um hospital filantrópico. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 7, n. 4 (Out-Dez), p. 405-409, 2019.

BERMUDEZ, Jaz *et al.*, Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6): pag. 1937-1951, 2018. (Fev.). Rio de Janeiro/RJ.

BRAY, Freddie *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

DANTAS, H. L. de L.; COSTA, C. R. B.; COSTA, L. de M. C. .; LÚCIO, I. M. L. .;

COMASSETTO, I. . Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, [S. l.], v. 12, n. 37, p. 334–345, 2022. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.37.334-345. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/575>. Acesso em: 7 abr. 2023.

DA SILVA, Lívia Christina Almeida *et al.* Contribuições da atenção farmacêutica a pacientes em tratamento oncológico. *Revista de Investigação Biomédica*, v. 9, n. 2, p. 210-217, 2018.

SANTOS NUNES, L. *et al.* Da observação a prática: a importância da vivência para o acadêmico de enfermagem e farmácia em uma clínica oncológica. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 7, e 36211730011, 2022. (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30011>.

DE CARVALHO, Karine Faria; COSTA, Liliane Marinho Ottoni; FRANÇA, Rafaela Ferreira. A relação entre HPV e Câncer de Colo de Útero: um panorama a partir da produção bibliográfica da área. *Revista Saúde em Foco*, v. 11, n. 5, p. 1-15, 2019.

DE LIMA, Sânya Macário; DA SILVA, Josielma Maria; DE MELO GUEDES, João Paulo. Abordagem do serviço farmacêutico no Ceoc da cidade de Caruaru-Pe—A importância do farmacêutico na área da oncologia. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 12, p. 94876-94888, 2020.

DE OLIVEIRA, Vanessa Divina Pires; AIRES, Danielle Muniz Pessoa. Complicações bucais da radioterapia no tratamento do câncer de cabeça e pescoço. *Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica*

de Ceres, v. 7, n. 1, p. 69-86, 2018.

DE OLIVEIRA SANTOS, Marcell *et al.* Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 69, n. 1, 2023.

DOS SANTOS SALAZAR, Rodrigo Fernando *et al.* Avaliação da adesão ao tratamento com Tamoxifeno por mulheres com câncer de mama. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 10, n. 1, p. 86-93, 2020.

DIAS, Ingrid Marques *et al.* The process of care in oncology from the perspective of health professionals/O processo do cuidar em oncologia sob a ótica dos profissionais da área da saúde/El proceso de atención en oncología desde la perspectiva de los profesionales. Revista de Enfermagem da UFPI, v. 8, n. 3, p. 4-11, 2019.

CARUSO R, BREITBARTW. Cuidados de saúde mental em oncologia. Perspectiva Contemporânea sobre a carga psicossocial do câncer e intervenções baseadas em evidências. Epidemiologia e Ciências Psiquiátricas. V.29, e86, 1 – 4, 2020.

FONTES, Anna Luiza Correia *et al.* Vulnerabilidade ao estresse: pais cuidadores de filhos com câncer. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online), p. 857-861, 2019.

FREIRE, Diego. Imunoterapia: a virada do sistema imunológico contra o câncer. Cienc. Cult., São Paulo, v. 71, n. 4, p. 13-15, Oct. 2019.

MENDES, Fabíola do Socorro Barros; DOLABELA, Maria Fâni. Reações adversas medicamentosas em pacientes em quimioterapia e estratégias de intervenções. Arq. ciências saúde UNIPAR, p. 493-510, 2023.

SANTOS, Camila. M. D. N *et al.* Atuação e avanços do profissional farmacêutico no âmbito oncológico. Research, Society and Development, v. 10, n. 9, p. e9210915794-e9210915794, 2021.

SANTOS, Sandn.a L. F. D *et al.* Evidências do cuidado farmacêutico na prática clínica da oncologia. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 20, n. 2, p. 77-81, 2018.

SILVA, Mario Jorge Sobreira da; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Organização e práticas da assistência farmacêutica em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, 2019.

SILVA, Mário Jorge Sobreira da; MELO, Enirtes Caetano Prates; OSORIO-DE- CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Origin-destination flows in chemotherapy for breast cancer in Brazil: implications for pharmaceutical services. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 1153-1164, 2019.

SILVA, S. A. F. *et al.* Estratégias imunoterapêuticas no combate ao câncer: as vantagens da engenharia imunológica frente às terapias usuais. Revista científica da faminas, v. 14, n. 1, 2019.

SILVEIRA, Alexsander *et al.* Imunoterapias para o tratamento de processos neoplásicos. Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás-RRS- FESGO, v. 2, n. 2, 2019.



**Fatores que interferem no acesso
a medicamentos para o tratamento
de transtornos psicológicos na rede
pública de saúde da região nordeste:
uma revisão de literatura**

**Factors that interfere in the access
to medicines for the treatment of
psychological disorders in the public
network of Health in the northeast
region: a literature review**

Kerla Nunes de Oliveira
Larissa Santos Araújo
Thiara Lorena Bezerra da Silva Oliveira

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.174.27](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.174.27)

RESUMO

A disponibilidade de medicamentos para pacientes com transtornos psicológicos está dividida entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O acesso aos medicamentos que é fornecido através da Atenção Básica não ocorre de forma contínua em todos os estados brasileiros, sendo mais frequente em regiões mais carentes do país. O quantitativo de estabelecimentos ainda é insuficiente para atender a população na região nordeste do país. Assim, o objetivo desse trabalho foi analisar as dificuldades no acesso a medicamentos por pacientes com transtornos psicológicos na rede pública de saúde da Região Nordeste. Onde foi realizado através de uma revisão integrativa de literatura. Onde observou-se o farmacêutico como profissional chave no filtro das prescrições de medicamentos para transtornos mentais, evitando erros e promover o uso racional desses medicamentos.

Palavras-chave: atenção farmacêutica. medicamentos. CAPS. psicofármacos. saúde pública. transtornos psicológicos.

ABSTRACT

The availability of medication for patients with psychological disorders is pending between the Basic Health Units (UBS) and the Psychosocial Care Centers (CAPS). Access to medicines that is provided through Primary Care does not occur continuously in all Brazilian states, being more frequent in the poorest regions of the country. The number of establishments is still insufficient to serve the population in the northeast region of the country. Thus, the objective of this study was to analyze the difficulties in accessing medication by patients with psychological disorders in the public health network in the Northeast Region. Where it was carried out through an integrative literature review. Where the pharmacist was observed as a key professional in the filter of drug prescriptions for mental disorders, avoiding errors and promoting the rational use of these drugs.

Keywords: pharmaceutical attention. medicines. CAPS. psychopharmaceuticals. public health. psychological disorders.

INTRODUÇÃO

No Brasil a atenção em saúde é realizada principalmente pelo SUS, através de estratégias que viabilizem o cuidado integral aos pacientes através da Atenção Básica, sendo este o principal acesso dos usuários ao sistema de saúde, o que sobrecarrega o sistema devido à falta de recursos que chegam aos estabelecimentos agravando a disponibilidade de medicamentos e matérias, essa incapacidade de fornecer suporte a todos aos pacientes ocorre ainda devido a constante crescente de pacientes que necessitem do sistema público de saúde (ELASBÃO *et al.*, 2019).

Assim, a saúde pública brasileira vem enfrentando desafios nos últimos anos, principalmente devido a um aumento do número de pessoas que adoecem, onde na grande maioria dos casos torna-se necessário intervenções medicamentosas, esse aumento dos pacientes acaba sobrecarregando a demanda por consumo de medicamentos à rede de saúde pública, incluín-

do-se a capacidade de atendimento para pacientes que sofrem de transtornos psicológicos (RODRIGUES *et al.*, 2020).

A disponibilidade desses medicamentos para pacientes com transtornos mentais é difícil entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (COLAÇO; ONOCKO-CAMPOS, 2022). Que na atualidade está estruturado como uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem como ponta os Centros de Atenção Psicossocial, que conforme o Ministério da Saúde, tem por escopo oferecer atenção psicossocial a pessoas com sofrimento psíquico grave (MOREIRA; BOSIL, 2019).

Os Centros de Atenção Psicossocial foram criados em 1992, porém somente no ano de 2002 através da Portaria nº 336, foram regulamentados visando garantir o acesso de pessoas com transtornos mentais a cuidados clínicos e reabilitação psicossocial, cumprindo-se a Lei 10.216, de 06/04/2001. Sendo atualmente divididos em CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i e o CAPS-AD, fornecendo atendimentos conforme o grau de complexidade de transtornos psicológicos, dando suporte a esses pacientes (SOARES; DA SILVA; DA COSTA, 2022).

O acesso aos medicamentos que são fornecidos através da Atenção Básica não ocorre de forma contínua em todos os estados brasileiros, sendo mais frequente em regiões mais carentes do país (MOREIRA; BOSIL, 2019). No qual a região Nordeste é uma das que apresentam uma das mais altas demandas em saúde mental do Brasil, onde em muitas vezes ocorre que o paciente enfrente dificuldades no acesso aos serviços de atenção psicossocial. Isso, mesmo com a ampliação da RAPS nos últimos anos, pois o quantitativo de estabelecimentos ainda é insuficiente para atender a população dessa região do Brasil (RODRIGUES *et al.*, 2020).

O encaminhamento de pacientes com necessidade de medicamentos para transtornos psíquicos traz consigo sentido de continuidade muitas vezes incerto entre a atenção básica e a atenção especializada, colocando a disponibilização de tratamento farmacológico como parte do processo de acompanhamento do usuário. Sedo esses medicamentos muitas vezes possuindo um alto custo para os serviços de saúde (BARROS *et al.*, 2018).

No contexto da farmacoterapia no tratamento de distúrbios mentais, o farmacêutico é fundamento, devido ao uso de psicotrópico ser comumente observado dificuldades em seguir o regime terapêutico necessário e ainda pelo fato de apresentarem alto risco no desenvolver problemas relacionados a medicação (BIZ *et al.*, 2018).

Em se tratando do contexto da assistência farmacêutica no âmbito da saúde mental, no Brasil, bem como nas necessidades apresentadas, o presente estudo foi elaborado com base no seguinte questionamento: Como ocorre o acesso a medicamentos para pacientes com transtornos psicológicos na rede pública de saúde da Região Nordeste?

Onde levantou-se a hipótese de que existe diferenças regionais no acesso ao atendimento psicossocial, bem como a garantia de medicamentos e insumos pela assistência farmacêutica. No qual, o estudo visou contribuir para a análise do acesso a esses medicamentos na região Nordeste do Brasil, sendo está região escolhida por apresentar uma precariedade no assistencialismo. Assim, tendo por objetivo analisar as dificuldades no acesso a medicamentos por pacientes com transtorno psicológicos na rede pública de saúde da Região Nordeste, além de, descrever os principais tipos de medicamentos para transtornos psicológicos dispensados na rede pública de saúde, correlacionar o trabalho do farmacêutico na dispensação de medicamen-

tos para transtorno psicológicos na atenção básica e determinar os fatores que limitam o acesso aos medicamentos para transtornos psicológicos na rede pública de saúde da Região Nordeste do Brasil.

METODOLOGIA

Esse estudo será realizado no formato de uma revisão integrativa de literatura. Este procedimento foi escolhido por possibilitar a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema. Esse tipo de pesquisa trata-se de um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas anteriores sobre um tema ou questão, organizando de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Fornecendo informações de forma ampla sobre um assunto ou problema, construindo, assim, um corpo forte de conhecimento (LEITE *et al.*, 2021).

Nesse tipo de revisão é possível a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase-experimental, combinando dados obtidos de literatura teórica e empírica, proporcionando compreensão de forma completa e organizado do tema de interesse (FRUTUOSO *et al.*, 2022).

Obedecendo às normas para realização de pesquisas científicas, o presente trabalho utilizou dados consolidados na literatura, constantes em fontes de domínio público, e, portanto, não teve a necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, conforme a Resolução CNS Nº 510/2016. A realização do estudo aconteceu totalmente de forma digital, sem a utilização direta de pessoas e/ou animais no decorrer do estudo, não oferecendo riscos, principalmente ao pesquisador e seus colaboradores.

A seleção dos documentos foi realizada a partir de leitura criteriosa dos artigos, encontrados nas bases de dados, onde foram selecionados somente a literatura que atenda aos critérios de inclusão definidos neste estudo. Os critérios de exclusão foram de artigos incompletos, trabalhos apresentados em eventos científicos, capítulos de livros, manuais, artigos de revisão narrativa, monografias, dissertações, teses, bem como artigos encontrados fora das bases de dados.

A população desta pesquisa foi composta por literatura relacionada ao tema de estudo, indexada nas plataformas de pesquisa Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, e US National Library of Medicine - PubMed. Para a localização dos estudos relevantes que respondam à pergunta de pesquisa, utilizou-se os descritores indexados e não indexados (palavras-chave) nos idiomas português e inglês. Os descritores serão obtidos a partir do Medical Subject Headings (MESH) e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)

Onde incluiu-se na pesquisa apenas as publicações que responderam às questões do estudo, publicadas no período de 2018 a 2023 no idioma português ou inglês. Utilizando as seguintes palavras-chave: Atenção farmacêutica; Medicamentos; CAPS; Psicofármacos; Saúde Pública; Transtornos psicológicos, no qual o cruzamento dos descritores foi realizado através do operador booleano AND.

Após a coleta dos dados, realizou-se a leitura analítica e interpretativa de todo material coletado, em que as principais informações foram compiladas e em seguida, realizou-se uma análise descritiva desses estudos, buscando estabelecer uma compreensão e ampliação do conhecimento sobre a temática em pauta.

As seguintes etapas foram seguidas: identificação do problema definindo o tema da revisão em forma de questão, denominada pergunta pico ou norteadora, que representa um acrônimo para paciente, interesse e contexto. Na qual foi utilizada para a geração da questão norteadora desta revisão integrativa da literatura: “quais as evidências científicas relacionam o acesso a medicamentos para tratamento de transtornos psicológicos na rede pública de saúde da região nordeste?”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cento de Atenção Psicossocial (CAPS)

A saúde mental no Brasil até certo tempo era em grande parte tratada com técnicas de asilamento e hospitalocêntrico, com a criação dos CAPS esses métodos começam a serem substituídos, sendo os centros de atenção psíquica social a principal estratégia para tratar de pacientes com transtornos psíquicos, proporcionando a inclusão dos pacientes de forma ativa ao tratamento (SILVA; LIMA; RUAS, 2018).

Possuindo um papel estratégico para a Reforma Psiquiátrica, conseguindo evitar a hospitalização, dado esse exposto no trabalho de De Macedo e Camargos (2022), onde as internações em hospitais psiquiátricos tiveram grandes quedas, após o fortalecimento da rede pelo ministério da saúde, demonstrando uma correlação inversa entre as taxas de cobertura de CAPS.

O primeiro CAPS foi aberto em São Paulo em 1992, sendo posteriormente difundido por todo o Brasil, esses centros formam uma rede de apoio ao paciente que sofre com transtornos psíquicos, visando a inserção desses indivíduos na sociedade. A criação desses centros em parte se deve a esforços de profissionais da saúde da área de saúde mental, que buscavam a melhoria do atendimento a esses pacientes (DE SOUSA *et al.*, 2020).

Porém, os CAPS somente foram regulamentados em 2002, através da portaria 336 do Ministério da Saúde, fazendo com que o SUS amplie-se o nível de complexidade dos centros, no cenário atual são subdivididos em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e o CAPS-AD, sendo que cada um apresentam particularidades distintas (DE SOUSA *et al.*, 2020).

Os CAPS I, II, e III, são diferenciados pelo porte onde o CAPS I atende pacientes de cidades menores com até 70 mil habitantes, o CAPS II atendendo cidades com população até 150 mil habitantes e o CAPS III cidades com população acima de 150 mil habitantes, o CAPS-AD atende pacientes que desenvolveram transtornos pelo uso de álcool e outras drogas e os CAPS i para o atendimento do público infanto-juvenil (SILVA; LIMA; RUAS, 2020).

Principais classes de psicofármacos dispensados no CAPS

A dispensação de medicamentos para transtornos psicológicos é realizada em larga escala pela rede pública de saúde no Brasil. Entre as principais classes estão os antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores do humor e antedemenciais (ALMEIDA *et al.*, 2019). Essas classes de medicamentos corroboram com os achados no trabalho de Cavalcante *et al.* (2021).

Ainda segundo Cavalcante *et al.* (2021), dentre essas classes os principais medicamen-

tos prescritos para pacientes com transtornos mentais foram, Haloperidol, Clonazepan, Biperideno e Risperidona. Oliveira *et al.* (2021), cita os antidepressivos como a amitriptilina, bupropiona, clomipramina, fluoxetina, imipramina, nortriptilina e sertralina, principalmente pelas farmácias públicas do componente básico, onde essas substâncias para o tratamento de transtornos psicológicos são fármacos listados como substâncias de controle especial na portaria 344/98.

Oliveira *et al.* (2021), menciona ainda outras substâncias como antiepilépticos, sendo representados principalmente pelo ácido valproico, carbamazepina, fenitoína e fenobarbital; ainda os fármacos ansiolíticos, como diazepam e clonazepam; hipnótico- sedativo o nitrazepam; e os antipsicóticos como o carbonato de lítio, clorpromazina, haloperidol, levomepromazina, periciazina, risperidona, tioridazina; ainda os anticolinérgicos representado pelo biperideno; os dopaminérgicos como a levodopa e suas associações e os antagonista opioides puros representado pela naltrexona. Corroborando com o estudo de Boger *et al.* (2018).

Segundo Franskoviak *et al.* (2018), de todas essas classes de medicamentos os antidepressivos lideram o ranking dos medicamentos dispensados nas farmácias dos CAPS, atendendo tanto homens como mulheres, os autores levantam dados no qual percebe-se que a maioria desses pacientes que recebem esses medicamentos possuem uma média de faixa etária média entre 40 e 69 anos. O trabalho de Boger *et al.* (2018), corrobora com a faixa etária, e expõe ainda as mulheres como a maioria das usuárias desse serviço.

Prescrição de medicamentos para o tratamento de transtornos psicológicos Sendo a atenção básica a responsável pelo maior número de prescrições de medicamentos para transtornos psicológicos pela rede pública de saúde brasileira, tendo o médico generalista como o principal prescritor. Esta alta demanda pode resultar em desabastecimento nas farmácias dos postos de saúde, principalmente pelo grande uso de antidepressivos e ansiolíticos (QUEMEL *et al.*, 2021).

A prescrição de medicamentos para o tratamento de transtornos psicológicos é uma prática comum em diversos serviços de saúde, porém, mesmo o maior percentual desses medicamentos sendo dispensados pela rede pública, as farmácias privadas acabam recebendo um volume considerável de receitas. Observa-se que em grande parte das receitas são apenas renovadas, estando o paciente em uso do medicamento por longos períodos (CARVALHO; FARIAS; SÁ, 2018). Segundo Lourenço *et al.* (2021), a maioria dos prescritores desses medicamentos são médicos clínicos gerais, seguidos por Médicos da Estratégia da Saúde da Família e psiquiatras.

Segundo Avelar *et al.* (2019), o Brasil é ainda um dos países com maior volume de prescrições desses medicamentos por dentistas, onde diversas são as classes de medicamentos prescritas, por esses profissionais, com destaque para os analgésicos opioides, além de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos (ambos sujeitos a notificação de receita B). O que se sabe é que grande parte desses profissionais desconhecem a legislação quanto à prescrição desses fármacos. O que corrobora com o estudo de Cardoso *et al.* (2018).

Cardoso *et al.* (2018), relata ainda que a presença de 1.529 erros entre os profissionais prescritores avaliados (dentistas e veterinários), para os autores a presença de erros, como a falta dos medicamentos prescrito de conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB), ausência da duração do tratamento, acaba gerando dúvidas, o impacta diretamente no comprometimento

da terapêutica a ser necessária.

Assim, o farmacêutico torna-se fundamental no controle e aviamento da prescrição para evitar erros, devendo verificar sempre a dosagem e o tempo de uso, e possíveis interações a fim de manter a adequação do uso desses medicamentos e do uso racional, além de facilitar o controle dos órgãos de fiscalização evitando fraudes (CAZAROTTI *et al.*, 2019). Principalmente nos CAPES, onde a grande maioria dos paciente são poli medicados (DE BARROS; DUARTE, 2020).

Porém, o que se observa ainda é a baixa procura desse profissional dentro dos CAPES, pelos pacientes, dado esse demonstrado no estudo de Diniz e De Lima (2023), em que não mais de 80% dos participantes relataram não conversarem com o farmacêutico para mais informações e resoluções de dúvidas sobre o tratamento medicamentoso. O que para Sodrê *et al.* (2021), pode gerar riscos a saúde do paciente, principalmente devido as interações medicamentosas e as reações adversas que ocorrem com frequência em usuários de drogas antipsicóticas.

Sendo o farmacêutico atuante ainda na acessibilidade aos medicamentos, tendo como base a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), e estando presente na definição da lista de medicamentos de cada município, o que facilita a adesão ao tratamento para todos os usuários do Sistema Único de Saúde (DINIZ; DE LIMA, 2023).

Fatores que limitam o acesso aos medicamentos

O fornecimento de medicamentos em saúde é uma prática institucionalizada, no Brasil. Os serviços públicos que prestam assistência psicossocial disponibilizam além do atendimento clínico e psicoterapêutico, a medicalização dos usuários. Entretanto, um fator que interfere bastante no fornecimento de medicamentos é a falta destes nas farmácias públicas, bem como a ausência de prescrição médica para recebimento da medicação (MEDEIROS FILHO *et al.*, 2018).

O SUS (Sistema Único de Saúde), vive um enorme declínio na integralidade dos serviços especializados de saúde, principalmente no que se refere à saúde mental. Há carência de profissionais e serviços de atenção psicossocial que contemplem as necessidades da população. A atenção primária é responsável por grande parte das ações em saúde mental, a integralização dos diversos pontos de atenção é uma grande dificuldade que interfere na prestação dos serviços, como a disponibilização de psicofármacos, principalmente na Região Nordeste do país (MOREIRA; BOSIL, 2019).

A maioria dos usuários dependem dos serviços públicos para obtenção de medicamentos. No entanto, alguns fatores são elencados como interferentes ao acesso, como: a adesão ao tratamento, a adequação dos dispensários, a acessibilidade às farmácias e a disponibilidade de medicamentos, distanciando as pessoas que necessitam de medicamentos para tratamento de transtornos psicológicos com atenção integral (FERNANDES; LIMA; BARROS, 2020).

Outro fator é o alto custo de alguns medicamentos, fazendo com que os recursos disponíveis nos municípios sejam insuficientes para a aquisição destes (FERNANDES; LIMA; BARROS, 2020). Para Boaviagem e Nogueira (2021), a dificuldade no acesso aos serviços de atenção psicossocial, acaba levando aos pacientes a recorrer aos serviços privados para obtenção de consulta médica e aquisição dos medicamentos. Essa intensa procura por medicamentos, principalmente para os antidepressivos, faz com que muitas pessoas acabem recorrendo ao uso

de plano de saúde.

Ainda assim, para Nunes e col. (2020), a atenção primária ainda se configura como um importante e principal ambiente de obtenção de receitas e medicamentos para tratamento de transtornos psicológicos, principalmente através dos CAPS, e devido à baixa disponibilidade acaba dificultando o acesso, o que acaba resultando em falhas na assistência em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, evidencia-se que com o surgimento e fortalecimento das redes de atenção psicossocial (CAPES), o número de internações em hospitais psiquiátricos caiu, trazendo o paciente para o tratamento de forma ativa. onde a maioria desses pacientes utilizam medicamentos de várias classes destacando-se os antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores do humor e antedemenciais.

Dentre as prescrições desses medicamentos observa-se que os maiores prescritores são os médicos clínicos gerais, tendo a ainda outros profissionais não médicos prescritores como os dentistas, tendo o farmacêutico como profissional chave no filtro dessas prescrições para evitar erros e promover o uso racional desses medicamentos.

O que se percebe é que o acesso aos medicamentos pra tratamento de transtornos psiquiátricos, mesmo sendo fornecido em grande maioria nos serviços de saúde publico brasileiro, em muitas ocasiões, torna-se dificultoso, forçando os pacientes a recorrerem aos sistemas privados de saúde. Assim, sendo necessário maiores ações de órgãos públicos pra a promoção do acesso a esses medicamentos, estando o farmacêutico envolvido, auxiliando na elaboração das solicitações em volume adequado tendo com base a os produtos disponíveis na RENAME.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. M. F. *et al.* Uso de psicofármacos entre idosos usuários do sistema único de saúde e do plano de saúde suplementar. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 24, n. 2, 2019.
- AVELAR, L. P. P. *et al.* A prescrição de medicação psicotrópica e o conhecimento da portaria regulatória brasileira por cirurgiões-dentistas. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 27, p. 338-344, 2019.
- BARROS, C. F. *et al.* Desfechos dos encaminhamentos dos usuários da atenção primária à saúde à farmácia de medicamentos especiais do estado Rio Grande do Sul. *Revista de APS*, v. 21, n. 2, 2018.
- BIZ, Carla Vanessa do Nascimento Ferreira *et al.* A importância da atuação do profissional farmacêutico na saúde mental. *Semioses*, v. 12, n. 4, p. 145-162, 2018.
- BOAVIAGEM, K. M.; NOGUEIRA, J. R. B. Análise demográfica e socioeconômica do uso e do acesso a medicamentos antidepressivos no Brasil. *arXiv preprint arXiv:2111.15618*, 2021.
- BOGER, Beatriz *et al.* Medicamentos sujeitos a controle especial mais utilizados em centros de atenção psicossocial em uma cidade do Paraná. *Visão Acadêmica*, v.18, n. 4, 2018.
- CARDOSO, Rebeca Santos *et al.* Erros em receitas de controle especial e notificações de receita

prescritas por profissionais não médicos. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 16, n. 55, p. 42-49, 2018.

CAVALCANTE, Jaciane Araújo *et al.* Medicalização da saúde mental: Análise das prescrições de psicofármacos em um serviço de atenção psicossocial. *Revista Cereus*, v. 13, n. 1, p. 74-85, 2021.

CARVALHO, R. M. C.; FARIAS, J. T.; SÁ, L. S. Análise da prescrição de psicotrópicos dispensados em um centro de atenção integral à saúde em João Pessoa-Paraíba. *CONBRACIS*. 2018.

COLAÇO, R. F; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Gestão compartilhada do tratamento com psicofármacos: inquérito com usuários de CAPS de quatro grandes cidades brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 2553-2562, 2022.

DE MACEDO, Ethiara Vieira; CAMARGOS, Mirela Castro Santos. EVOLUÇÃO DA COBERTURA DE CAPS E DAS INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS EM MINAS GERAIS. *Saúde (Santa Maria)*, 2022.

DE SOUSA, Hélio Erikson Fontes *et al.* A reforma psiquiátrica e a criação dos centros de atenção psicossocial brasileiros: um rápido mergulho através história. *Ideias e Inovação-Lato Sensu*, v. 5, n. 3, p. 45-45, 2020.

DE BARROS, Mirela Galvão; DUARTE, Filipe Silveira. Potenciais reações adversas relacionadas a antipsicóticos ou antidepressivos e fármacos associados em pacientes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)“Esperança” de Recife.

VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde, v. 32, n. 1, p. 56-69, 2020.

DINIZ, Karla Milleny Xavier; DE LIMA OLIVEIRA, Juliano Jeffer. AVALIAÇÃO DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

(CAPS III) NA CIDADE DE SERRA TALHADA-PE. *Revista Multidisciplinar do Sertão*, v. 2, n. 1, p. S60-S68, 2023.

ESLABÃO, A. D. *et al.* Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. *Journal of Nursing and Health*, v. 9, n. 1, 2019.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

FERNANDES, C. S. E; LIMA, M. G; BARROS, M. B. de A. Problemas emocionais e uso de medicamentos psicotrópicos: uma abordagem da desigualdade racial.

Ciência & saúde coletiva, v. 25, p. 1677-1688, 2020.

FRANSKOVIK, L. D. *et al.* Perfil epidemiológico de usuários de psicotrópicos de um CAPS da Zona da Mata do Estado de Rondônia. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, p. 68-82, 2018.

FRUTUOSO, Ana Karla Medeiros *et al.* Uso de tecnologias para o acompanhamento e prevenção de neoplasias do colo do útero: Revisão integrativa da literatura.

Research, Society and Development, v. 11, n. 14, p. e423111432414- e423111432414, 2022.

LEITE, Airton César *et al.* Contribuições da assistência de enfermagem na prevenção de quedas

e fraturas na atenção a saúde do idoso. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, p. e57110313369-e57110313369, 2021.

LOURENÇO, Rafaela Fernandes *et al.* Medicamentos psicotrópicos para idosos: Quais especialidades médicas mais prescrevem?. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 9, p. e32910918075-e32910918075, 2021.

MEDEIROS FILHO, J. S. de A. *et al.* Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 3, 2018.

MOREIRA, D. de J.; BOSIL, M. L. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. *Physis: Revista de saúde coletiva*, v. 29, 2019.

NUNES, J. R; COSTA, J. L. Romanholo; MOROMIZATO, L. O. Análise do uso de psicotrópicos na Atenção Primária À Saúde por uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 12, p. 96711-96722, 2020.

OLIVEIRA, J. R. F. de *et al.* Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, p. e00060520, 2021.

QUEMEL, G. K. C. *et al.* Revisão integrativa da literatura sobre o aumento no consumo de psicotrópicos em transtornos mentais como a depressão. *Brazilian Applied Science Review*, v. 5, n. 3, p. 1384-1403, 2021.

RODRIGUES, P. S. *et al.* Uso e fontes de obtenção de psicotrópicos em adultos e idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 4601-4614, 2020.

SODRÉ, Malene Lima Gomes *et al.* Potenciais interações medicamentosas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas em uma capital do Nordeste brasileiro. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 9, p. e0610917714- e0610917714, 2021.

SILVA, Sarah Nascimento; LIMA, Marina Guimarães; RUAS, Cristina Mariano. Uso de medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial: análise das prescrições e perfil dos usuários em diferentes modalidades do serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 2871-2882, 2020.

SILVA, Sarah Nascimento; LIMA, Marina Guimarães; RUAS, Cristina Mariano. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3799-3810, 2018.

SOARES, Kaio Andrade; DA SILVA, Meirijane Santos; DA COSTA, Victor Hugo Ribeiro. Atenção farmacêutica nas unidades dos centros de atenção psicossocial- CAPS Pharmaceutical care in the units of psychosocial care centers-CAPS. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 5, p. 41977-41990, 2022.



Intervenções do farmacêutico clínico para a segurança do paciente no ambiente hospitalar: revisando a literatura

Fernanda Souza Freires
Pedro Henrique Froes Costa
Thiara Lorena bezerra da Silva Oliveira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.174.28

RESUMO

A prática clínica em farmácia é caracterizada como o cuidado centrado no paciente, no âmbito hospitalar. O farmacêutico clínico é um profissional capaz de promover o cuidado centrado na melhora dos pacientes, muito embora esteja alocado na farmácia. O objetivo é analisar a literatura sobre as intervenções realizadas pelo farmacêutico clínica para promover a segurança do paciente no ambiente hospitalar. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura partir de artigos publicados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SCIENCE DIRECT e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). A busca resultou em 14 artigos, dos quais 7 (50%) foram obtidos na LILACS, 6 (43%) na MEDLINE e 1 (7%) na Science Direct. Do total de artigos, 7 (50%) foram publicados em 2022, representando a maioria, 3 (21,5%) em 2021, apenas 1 (7%) em 2020 e 3 (21,5%) em 2018. Não foram incluídos artigos publicados em 2019. Este estudo evidenciou que as intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico contribuem, não somente para a organização das farmácias hospitalares. Suas ações são capazes de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços e promover a segurança do paciente.

Palavras-chave: atenção farmacêutica. farmacêuticos clínicos. serviço de farmácia hospitalar. paciente.

ABSTRACT

Clinical practice in pharmacy is characterized as patient-centered care in the hospital environment. The clinical pharmacist is a professional capable of promoting care centered on the improvement of patients, even though he is allocated in the pharmacy. The objective is to analyze the literature on the interventions carried out by the clinical pharmacist to promote patient safety in the hospital environment. An integrative literature review was performed based on articles published in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), SCIENCE DIRECT, and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) databases. The search resulted in 14 articles, of which 7 (50%) were obtained from LILACS, 6 (43%) from MEDLINE and 1 (7%) from Science Direct. Of the total number of articles, 7 (50%) were published in 2022, representing the majority, 3 (21.5%) in 2021, only 1 (7%) in 2020 and 3 (21.5%) in 2018. Articles published in 2019 were included. This study showed that the interventions carried out by the clinical pharmacist contribute not only to the organization of hospital pharmacies. Their actions are able to contribute to improving the quality of services and promoting patient safety.

Keywords: pharmaceutical attention. clinical pharmacists. hospital pharmacy service. patient.

INTRODUÇÃO

A prática clínica em farmácia é caracterizada como o cuidado centrado no paciente, no âmbito hospitalar. Esse cuidado consiste na avaliação da terapêutica prescrita, bem como recomendações sobre os efeitos e interações, visando a recuperação da saúde do paciente (SIQUEIRA; GOMES NETO; GONÇALVES, 2021).

O farmacêutico clínico é um profissional indispensável à equipe multiprofissional hospitalar, levando em conta suas habilidades e capacidade técnica de intervir nos processos que se

refere à dispensação pela farmácia hospitalar e pelo acompanhamento da conduta terapêutica. Quando o farmacêutico se especializa em farmácia clínica, ele adquire conhecimentos capazes de torná-lo apto a assumir cargos de supervisão em farmácias hospitalares e em setores de dispensação de insumos e instrumentos (SOARES; QUEIROZ, 2022).

A formação do farmacêutico clínico permite que ele atue em diversos setores de um hospital, desde a própria farmácia hospitalar até em setores como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e no laboratório, com a pesquisa e controle das infecções hospitalares, uma vez que o uso de algumas medicações pode causar resistência bacteriana, aumentando a morbimortalidade nos leitos de internação. Com isso, o farmacêutico atua junto à equipe médica na adoção do tratamento mais adequado para garantir a segurança do paciente (OLIVEIRA; CARVALHO; SIQUEIRA, 2021; MAIA; SAMPAIO, 2021).

Sabe-se que o gerenciamento do cuidado ao paciente, no ambiente clínico-hospitalar é uma atribuição de todos os profissionais que compõem a equipe. Desse modo, o farmacêutico deve trabalhar em sintonia com os demais membros para promover intervenções relacionadas à segurança do paciente, ao cuidado terapêutico em ambiente hospitalar, de maneira que os riscos à saúde sejam minimizados, para garantir sua recuperação (MORALES JÚNIOR *et al.*, 2021).

Todos os processos que se referem à aquisição de medicamentos, conforme a necessidade do estabelecimento hospitalar, à organização dos estoques, à liberação e dispensação de medicamentos é atribuição do farmacêutico. Além disso, a conduta terapêutica adotada pela equipe médica deve ser de conhecimento do farmacêutico, para que as informações sobre as interações medicamentosas e outras condições clínicas ligadas à administração de fármacos sejam esclarecidas aos demais profissionais do hospital (MELO; OLIVEIRA, 2021).

A segurança do paciente crítico, baseado na prospecção do processo terapêutico, definindo alternativas para a estabilização do quadro clínico é algo comum à rotina do farmacêutico clínico. Ele é capaz promover o cuidado centrado na melhora dos pacientes, muito embora esteja alocado na farmácia. Outro aspecto importante de sua atuação é a avaliação das prescrições realizadas, seja de medicamentos ou de processos nutricionais (DE CARVALHO *et al.*, 2019; JOCA; AZEMBUJA, 2022).

Baseado no contexto apresentado sobre a atuação do farmacêutico clínico, surge o seguinte questionamento: “De que forma o farmacêutico clínico pode intervir para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar?”. O presente estudo visa analisar a literatura sobre as intervenções realizadas pelo farmacêutico clínica para promover a segurança do paciente no ambiente hospitalar, relacionando as ações realizadas pelo farmacêutico diante da conduta terapêutica adotada pela equipe médica, o processo de dispensação de fármacos e insumos, e destacando a importância da inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional hospitalar.

MATERIAIS E MÉTODOS

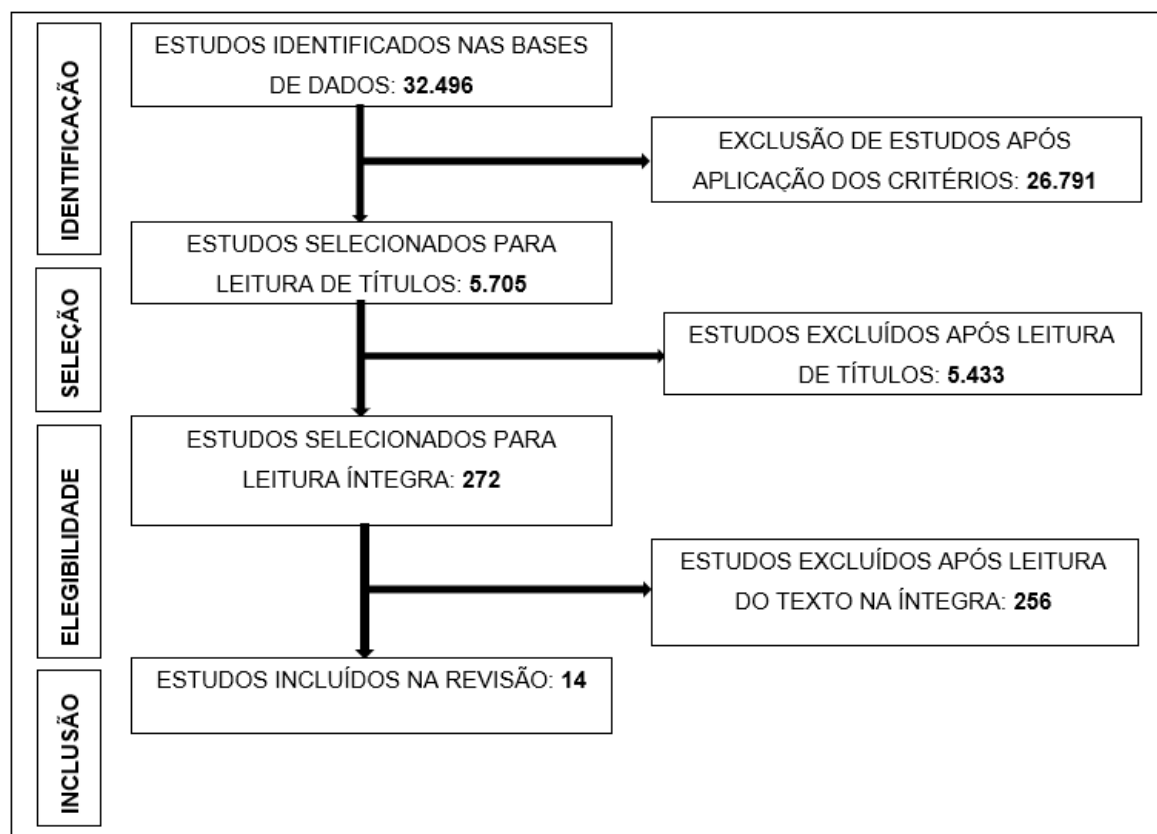
O estudo será desenvolvido através de uma revisão integrativa da literatura que, segundo Sousa *et al.* (2017) permite desenvolver um estudo a partir da identificação do tema, formulando hipóteses e questionamentos, definindo critérios de inclusão e exclusão, além de permitir a formulação de estratégias para a elaboração de níveis de evidência científica.

A coleta de dados será feita a partir das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SCIENCE DIRECT e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Como descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados os seguintes termos: Atenção Farmacêutica; Farmacêuticos Clínicos; Serviço de Farmácia Hospitalar; e Paciente. Os descritores serão associados por meio do operador Booleano “and”.

Como critérios de inclusão foram considerados artigos científicos oriundos de estudos primários, publicados entre os anos de 2019-2023 nos idiomas: inglês e português, que forneçam evidências consistentes sobre o tema de estudo. Foram excluídos da pesquisa, artigos de revisão, dissertações ou teses, opinião de especialistas, editoriais, bem como artigos que não respondam à pergunta de pesquisa.

O processo de busca e seleção de artigos foi conduzido a partir do modelo recomendado pelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (PAGE; MOHER; MCKENZIE, 2022), o qual se encontra esquematizado na figura 1.

Figura 1– Fluxograma de seleção dos estudos primários, elaborado a partir da recomendação PRISMA



Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa (2023)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nas bases de dados resultou em 14 artigos, dos quais 7 (50%) foram obtidos na LILACS, 6 (43%) na MEDLINE e 1 (7%) na Science Direct. Os artigos incluídos na revisão de literatura estão definidos conforme o título, autoria/ano de publicação, delineamento e objetivos do estudo, os quais se encontram distribuídos no quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos artigos conforme título, autoria/ano de publicação, delineamento e objetivos do estudo.

| TÍTULO | AUTORIA/ANO DE PUBLICAÇÃO | DELINEAMENTO DA PESQUISA | OBJETIVOS DO ESTUDO |
|--|---------------------------------|---|---|
| Interações medicamentosas e consequentes intervenções farmacêuticas na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado em Macapá, Amapá | De Almeida et al. (2018). | Estudo retrospectivo | Avaliar as principais interações medicamentosas observadas nas UTI de um hospital privado na cidade de Macapá (Amapá, AP) através da análise das prescrições e das consequentes intervenções adotadas a fim de minimizar seus riscos. |
| Patient safety: analysis of the impact of implementation of automated dispensing cabinets on drug return in an university hospital | Deliberal et al. (2018) | Estudo retrospectivo | Analisar a quantidade de medicamentos devolvidos antes e depois da implantação da dispensação automática em armários de um hospital universitário. |
| Segurança do paciente e o valor da intervenção farmacêutica em um hospital oncológico | Aguiar et al. (2018) | Estudo retrospectivo | Demonstrar o impacto econômico da avaliação farmacêutica na detecção e na prevenção de erros em prescrições de antineoplásicos. |
| Intervenção farmacêutica no uso racional de omeprazol intravenoso | Araújo et al. (2020) | Estudo prospectivo e descritivo | Descrever as intervenções farmacêuticas de um serviço farmacêutico clínico vertical, para a promoção do uso racional do omeprazol intravenoso. |
| Clinical pharmacists' interventions across German hospitals: results from a repetitive cross-sectional study | Langebrake et al. (2021) | Estudo transversal | Obter dados prospectivos sobre a extensão e a composição da intervenção farmacêutica de rotina, com foco especial nas taxas de intervenção entre os farmacêuticos hospitalares alemães durante duas semanas de intervenção. |
| Effect of a pharmacist-led educational intervention on clinical outcomes: a randomised controlled study in patients with hypertension, type 2 diabetes and hypercholesterolaemia | Delage et al. (2021) | Ensaio clínico randomizado controlado por placebo | Avaliar os resultados clínicos diretos de um tratamento liderado por farmacêuticos, com intervenção educativa em pacientes com doenças crônicas. |
| The pharmaceutical care bundle: development and evaluation of an instrument for inpatient monitoring | Martinbiancho et al. (2021) | Ensaio clínico | Desenvolver e aplicar um instrumento para acompanhamento de pacientes internados por farmacêuticos clínicos e avaliar seus resultados. |
| Application of comprehensive pharmaceutical care program in identifying and addressing drug-related problems in hospitalized patients with osteoporosis | Chen et al. (2022) | Estudo prospectivo | Pesquisar as características dos problemas relacionados a medicamentos em pacientes com osteoporose e avaliar o efeito do programa de assistência farmacêutica integral na identificação e abordagem destes problemas. |
| Impact of a clinical pharmacist on medication safety in mental health Hospital-in-the-Home: a retrospective analysis | Farag et al. (2022) | Estudo retrospectivo | Avaliar se o envolvimento do farmacêutico clínico em um serviço de hospital domiciliar de saúde mental melhorou indicadores-chave de desempenho de segurança de medicamentos. |
| Implementation and safety evaluation of autoverification for select low-risk, high-volume medications in the emergency department | Bienvenida et al. (2022) | Estudo retrospectivo | Descrever um processo para projetar, implementar e medir a segurança da verificação automática de medicamentos de baixo risco e alto volume. |
| Patients' medication reconciliation in a university hospital | Magalhães, Rosa e Noblat (2022) | Estudo de intervenção | Demonstrar a efetividade da reconciliação medicamentosa na identificação e resolução de discrepâncias medicamentosas na admissão de pacientes adultos em um hospital universitário. |

| | | | |
|---|------------------------|-----------------------|---|
| Protocolo da implantação do cuidado farmacêutico na geriatria: estratégia para segurança na assistência à saúde | Oliveira et al. (2022) | Relato de experiência | Descrever a experiência da implantação do cuidado farmacêutico em uma unidade hospitalar de geriatria e propor um protocolo instrutivo da prática. |
| The impact of pharmacists' interventions within the Closed Loop Medication Management process on medication safety: An analysis in a German university hospital | Berger et al. (2022) | Estudo de intervenção | Avaliar a extensão e a caracterização de IPs de rotina realizados por CPs em todo o hospital em um hospital universitário com um CLMM implementado. |
| Virtual clinical pharmacy services: A model of care to improve medication safety in rural and remote Australian health services | Chambers et al. (2022) | Estudo de intervenção | Descrever um serviço de farmácia clínica virtual como um modelo de atendimento para apoiar hospitais australianos rurais e remotos que, de outra forma, não teriam acesso a farmacêuticos no local. |

Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa. (2023)

A distribuição dos artigos científicos incluídos na revisão apontou 7 (50%) publicados em 2022, representando a maioria, 3 (21,5%) publicados em 2021, apenas 1 (7%) publicado em 2020 e 3 (21,5%) em 2018. Não foram incluídos artigos publicados em 2019. Quanto ao tipo de estudo, 36,5% se tratam de estudos retrospectivos e 21,5% são estudos de intervenção. Foram identificados, ainda, 1 (7%) relato de experiência, 2 (14%) ensaios clínicos, 2 (14%) estudos prospectivos e 1 (7%) estudo transversal.

Na análise dos objetivos de cada estudo, observa-se que todos buscam realizar algum tipo de intervenção liderada por farmacêutico, seja na conciliação medicamentosa ou na adaptação de processos terapêuticos, os quais buscam a segurança do paciente. Este estudo exibe a identificação de problemas relacionados a medicamentos, colocando o farmacêutico como protagonista nas intervenções que promovam a integridade do paciente, bem como reduzam o ônus ao serviço hospitalar.

Para Desliberal *et al.* (2018), a segurança do paciente é um desafio, tendo em vista os diferentes erros que podem ocorrer na assistência hospitalar. Seu estudo sobre as inconsistências nos dispensários de hospitais universitários brasileiros de 2013 a 2016 relatou 27% de devoluções de medicamentos que não eram compatíveis com tratamentos a pacientes. Após a automatização e melhoria no gerenciamento dos dispensários, essa taxa caiu para 4%, o que configura mais qualidade na dispensação de medicamentos e mais segurança aos pacientes.

As intervenções farmacêuticas para cuidado do paciente hospitalar transpõem as paredes da farmácia, sendo desenvolvidas para garantir a continuidade do cuidado. Oliveira *et al.* (2022) relatou a implantação de uma manual de cuidados farmacêuticos que visou prestar orientações a pacientes geriátricos. O trabalho foi realizado em parceria com a equipe médica e multidisciplinar, de modo que houvesse uma adequação nas orientações. A partir desse ponto, as práticas educativas foram validadas e aplicadas aos profissionais e pacientes, tendo boa aceitabilidade e usabilidade.

Problemas relacionados a medicamentos são comuns na rotina hospitalar, representando uma falha na assistência. Chen *et al.* (2022) investigou em seu estudo, esse tipo de problema em pacientes com osteoporose hospitalizados e constatou um alto índice de medicações incor-

retas, acarretando riscos à segurança do paciente, necessitando de intervenções farmacêuticas. Para que haja assistência efetiva, Martinbiancho *et al.* (2021) coloca que as intervenções precisam ser validadas e aplicadas à realidade de cada serviço hospitalar. É necessário revisar os critérios de farmacoterapia e padronizar as ações de farmacovigilância.

A inserção do farmacêutico clínico na equipe multidisciplinar, como coloca Farag *et al.* (2021) é de suma importância para que a assistência ao paciente hospitalizado seja integral. Assim, em seu estudo com pacientes australianos de saúde mental pode observar a necessidade de revisar as medicações administradas aos pacientes, estabelecendo critérios que funcionam como indicadores de desempenho em saúde mental. Além disso, a autoverificação de medicamentos é necessária, principalmente para distinguir aqueles de baixo e de alto risco dentro dos serviços hospitalares, como coloca Bienvenida *et al.* (2022). Seu estudo revisou 7.433 pedidos de medicamentos em um pronto-socorro, dos quais 41% foram identificados como medicamentos potencialmente autoverificados. Isso configura um cuidado farmacêutico para reduzir os riscos à saúde do paciente.

A reconciliação medicamentosa está dentro ações do farmacêutico clínico, uma vez que o paciente precisa receber adequação em sua medicação de admissão. Em um hospital universitário brasileiro, 107 pacientes tiveram suas medicações avaliadas, sendo identificadas 229 discrepâncias em 92 pacientes. Foram realizadas 49 intervenções pelo farmacêutico, das quais 47 foram aceitas. As principais discrepâncias foram a omissão de medicamentos, doses incorretas e uso de medicamentos de alto risco. A maioria dessas discrepâncias foram não intencionais, mas o estudo mostra a necessidade de reconciliar a farmacoterapia adota a pacientes recém-admitidos (MAGALHÃES; ROSA; NOBLAT, 2022).

Quando se trata de riscos à segurança do paciente, as interações medicamentosas representam grave problema, como aponta De Almeida *et al.* (2018). Seu estudo avaliou 388 prescrições de pacientes de UTI, das quais 235 eram de pacientes adultos e 153 de pacientes neonatais. Foi evidenciado que a maioria se tratou de interações farmacocinéticas de risco moderado na UTI adulto e interações farmacodinâmicas na UTI neonatal. Isso coloca a necessidade da avaliação farmacêutica para reduzir os riscos à saúde e segurança dos pacientes.

Aguiar *et al.* (2018) coloca que a atuação do farmacêutico clínico pode auxiliar na conduta de outros profissionais, principalmente quando se trata de avaliar prescrições médicas. Medicamentos antineoplásicos oferecem riscos ao paciente pelos fortes efeitos colaterais que conferem. Desse modo, seu estudo avaliou 6.104 prescrições, constatando 4,5% de inconsistências relacionadas a medicamentos. Os principais erros se referem a falhas nas informações, além de variação de dose. Após aplicar a intervenção farmacêutica, houve uma redução nos gastos com medicamentos, melhorando a qualidade das prescrições e da assistência hospitalar.

É necessário haver uma gestão qualificada de medicamentos em hospitais, de maneira que se tenha um controle rigoroso das dispensações e não haja desperdício ou erros de prescrições. Beger *et al.* (2022) avaliou 1.329 intervenções farmacêuticas realizadas por 9 farmacêuticos clínicos em um hospital universitário da Alemanha. Os principais erros encontrados foram a identificação da categoria medicamentosa, dose inadequadas e subgrupos terapêuticos incompatíveis com a clínica do paciente. Isso mostra que intervenções na revisão de medicações e prescrições favorece o trabalho das equipes de saúde em garantir a segurança do paciente. Em outro estudo, na Alemanha, foram avaliadas intervenções farmacêuticas realizadas em 2017 e

2019, sendo 2.282 por 62 farmacêuticos e 2.578 por 52 farmacêuticos, respectivamente. Observou-se que as principais ações foram em relação à inadequação ao tipo de droga prescrita e a dosagem (LANGEBRAKE *et al.*, 2021).

O suporte clínico liderado por farmacêuticos pode ser observado, diretamente, ao paciente, como visto na pesquisa de Delage *et al.* (2021). Foram avaliados pacientes com hipertensão, diabetes tipo 2 ou hipercolesterolemia, os quais não obtiveram resultado em suas terapias medicamentosas. Em dois grupos, pacientes receberam ou não educação em saúde fornecida pelo farmacêutico clínico. Após três meses de intervenção foi possível observar uma taxa de sucesso no processo terapêutico de pacientes que recebam a intervenção educativa, principalmente naqueles com idade acima dos 60 anos que fazem uso de várias medicações.

Em uma ideia inovadora, um estudo australiano em 8 hospitais de pequeno porte, rurais e urbanos, conseguiu verificar a eficácia de intervenções farmacêuticas on-line. Quando se tem o serviço implantado é possível estabelecer um vínculo entre farmacêutico e paciente, para o fornecimento de informações e orientações sobre medicamentos e tratamentos (CHAMBERS *et al.*, 2022). A orientação realizada pelo farmacêutico, quanto à administração de fármacos é imprescindível ao serviço hospitalar. O estudo de Araújo *et al.* (2020) avaliou 770 prescrições de omeprazol intravenoso a pacientes internados e constatou que houve erros na diluição do fármaco, principalmente por cirurgiões. Embora, a intervenção tenha sido válida para monitorar os erros de prescrição e administração, estas ações ainda são parcialmente aceitas pelos demais membros das equipes hospitalares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que as intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico contribuem, não somente para a organização das farmácias hospitalares, mas caracterizam-se como estratégias viáveis para garantir a segurança do paciente, desde a sua admissão no hospital até a conciliação do tratamento domiciliar. Ressalta-se que os erros de prescrição são problemas constantes nos serviços hospitalares, bem como os erros de dosagem e as interações farmacológicas.

É necessário que haja entendimento por parte dos serviços hospitalares que a presença do farmacêutico clínico como responsável técnico deve ir além de sua atuação no ambiente interno da farmácia. Suas ações são capazes de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços e promover a segurança do paciente. Ainda que os estudos tenham mostrado intervenções promissoras, existe, ainda, uma grande barreira para a atuação efetiva do farmacêutico na tomada de decisões clínicas.

Recomenda-se que seja desenvolvidas pesquisas voltadas à implantação de novas estratégias que visem a qualificação do serviço farmacêutico, no ambiente hospitalar, deslocando-o da farmácia para os demais setores que necessitem ações farmacêuticas. Deve-se observar que a segurança do paciente requer ações contínuas de toda a equipe multiprofissional e, por conseguinte ter a participação do farmacêutico.

Ademais, a atuação do farmacêutico nos processos que envolvem a segurança do paciente foram elucidadas neste estudo, conforme as evidências científicas e experiências exito-

sas, corroborando e respondendo os questionamentos acerca da importância do farmacêutico clínico no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Karina da Silva *et al.* Segurança do paciente e o valor da intervenção farmacêutica em um hospital oncológico. Einstein (São Paulo), v. 16, 2018.
- ARAÚJO, Eduardo Silva *et al.* Intervenção farmacêutica no uso racional de omeprazol intravenoso. Einstein (São Paulo), v. 18, 2020.
- BERGER, Vivien *et al.* The impact of pharmacists' interventions within the Closed Loop Medication Management process on medication safety: An analysis in a German university hospital. *Frontiers in Pharmacology*, v. 13, 2022.
- BIENVENIDA, Ana *et al.* Implementation and safety evaluation of autoverification for select low-risk, high-volume medications in the emergency department. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 79, n. 23, p. 2150-2158, 2022.
- CHAMBERS, Brett *et al.* Virtual clinical pharmacy services: A model of care to improve medication safety in rural and remote Australian health services. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 79, n. 16, p. 1376-1384, 2022.
- CHEN, Wenwen *et al.* Application of comprehensive pharmaceutical care program in identifying and addressing drug-related problems in hospitalized patients with osteoporosis. *BMC Health Services Research*, v. 22, n. 1, p. 1438, 2022.
- DE ALMEIDA, Uriel Davi *et al.* Interações medicamentosas e consequentes intervenções farmacêuticas na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado em Macapá, Amapá. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, v. 6, n. 2, p. 29-37, 2018.
- DE CARVALHO, Alyne Mara Rodrigues *et al.* DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO FARMACÊUTICO NA PREVENÇÃO DE ERROS DE PRESCRIÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR. *Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências-RIEC| ISSN: 2595-0959*, v. 2, n. 1, p. 621-634, 2019.
- DELAGE, Clement *et al.* Effect of a pharmacist-led educational intervention on clinical outcomes: a randomised controlled study in patients with hypertension, type 2 diabetes and hypercholesterolaemia. *European Journal of Hospital Pharmacy*, v. 28, n. e1, p. e197-e202, 2021.
- DELIBERAL, Ana Paula *et al.* Patient safety: analysis of the impact of implementation of automated dispensing cabinets on drug return in an university hospital. *Clinical and Biomedical Research*, v. 38, n. 1, 2018.
- FARAG, Mechaiel *et al.* Impact of a clinical pharmacist on medication safety in mental health Hospital-in-the-Home: a retrospective analysis. *International Journal of Clinical Pharmacy*, v. 44, n. 4, p. 947-955, 2022.
- JOCA, Aquiles Torres; AZAMBUJA, Nivia Maria Carvalho. ATUAÇÃO E INTERVENÇÕES DO FARMACÊUTICO EM AMBIENTE HOSPITALAR. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, p. 1290-1299, 2022.

LANGEBRAKE, Claudia *et al.* Clinical pharmacists' interventions across German hospitals: results from a repetitive cross-sectional study. *International Journal of Clinical Pharmacy*, p. 1-8, 2021.

MAGALHÃES, Gabriella Fernandes; ROSA, Mário Borges; NOBLAT, Lúcia Araújo Costa Beisl. Patients' medication reconciliation in a university hospital. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 58, 2022.

MAIA, Larissa; SAMPAIO, Natalia Pereira. A Atuação do farmacêutico no controle de infecção hospitalar. *Textura*, v. 15, n. 1, p. 115-130, 2021.

MARTINBIANCHO, Jacqueline Kohut *et al.* The pharmaceutical care bundle: development and evaluation of an instrument for inpatient monitoring. *Clinical and biomedical research. Porto Alegre*. vol. 41, no. 1 (2021), p. 18-26, 2021.

MELO, Elainy Lopes; OLIVEIRA, Luana. Farmácia hospitalar e o papel do farmacêutico no âmbito da assistência farmacêutica. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 4, n. 8, p. 287-299, 2021.

MORALES JUNIOR, Ronaldo *et al.* Implementação de uma ferramenta de sistematização do cuidado farmacêutico de pacientes clínico-cirúrgicos em ambiente hospitalar: relato de experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 3, p. 10562-10574, 2021.

OLIVEIRA, Alan Maicon de *et al.* Protocolo da implantação do cuidado farmacêutico na geriatria: estratégia para segurança na assistência à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 43, 2022.

OLIVEIRA, Wellyson Leoncio; CARVALHO, Adryanna Rafaelly Araújo; SIQUEIRA, Lidiany Paixão. Atuação do farmacêutico hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). *Research, Society and Development*, v. 10, n. 14, p. e557101422578-e557101422578, 2021.

PAGE, Matthew J.; MOHER, David; MCKENZIE, Joanne E. Introduction to PRISMA 2020 and implications for research synthesis methodologists. *Research synthesis methods*, v. 13, n. 2, p. 156-163, 2022.

SIQUEIRA, Laryssa Farias De; CARVALHO, Luis; NETO, Gomes. Atuação do farmacêutico clínico no âmbito hospitalar Clinical pharmacist's performance in the hospital environment. *Brazilian Journal of Health Review*. [S. l.], p. 25467-25485, 2021.

SOARES, Lucas Mateus; QUEIROZ, Felipe José Gomes. ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO HOSPITALAR. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 5, n. 10, p. 384-394, 2022.

Organizadora

Gabriela Eyng Possolli

Pós-doutora em Filosofia (Biotecnologia e Transumanismo); Doutora em Educação pela UFPR, linha de Políticas e Gestão da Educação Superior (2012); Mestre em Tecnologia pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (2007). Especialista em Comunicação e Semiótica: teoria e crítica da sociedade da informação (2005). Graduada em Pedagogia (2006) e Bacharel em Análise de Sistemas (2003). Atualmente é docente do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde e Coordenadora do Núcleo de Tecnologias Educacionais na Faculdade Pequeno Príncipe (FPP) e professora do curso de Pedagogia da FAEL. Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Realidade Virtual e Game Based Learning aplicada a práticas terapêuticas, educação e saúde (financiamento da Fundação Araucária). Tem experiência em Educação nas áreas de Docência, Gestão e Pesquisa, com ênfase em Tecnologias Educacionais e Políticas Educacionais, atuando principalmente nos seguintes temas: novas tecnologias de informação e comunicação aplicadas à educação; educação a distância; educação corporativa; políticas educacionais; gestão de instituições de ensino superior; mudanças no mundo do trabalho e educação. Trabalhou como professora no curso de Pedagogia da Universidade Positivo. No Grupo Uninter, coordenou ações de Educação Corporativa, atuou como capacitadora de docentes, coordenou um grupo de iniciação científica e foi professora e tutora em diversas disciplinas em MBAs da área Empresarial e Educacional.

Índice Remissivo

A

analisar 26, 27, 40, 50, 80, 81, 82, 98, 100, 175, 190, 210, 217, 218
ansiedade 62, 117, 131, 133, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164
aperfeiçoamento 50, 51, 56
aprendizagem 50, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 242, 244
assistência 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87
autismo 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205
autista 198, 203, 204, 205, 206, 207
automedicação 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96
avaliação 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57

B

beneficência 38, 42, 43, 44, 46

C

câncer 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 113, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 269, 270, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280
características 21, 27, 28, 40, 77, 114, 135, 137, 166, 167, 169, 175, 177, 190, 192, 200, 217, 223
cirúrgico 161, 209
comunicação 14, 21, 43, 46, 51, 67, 74, 85, 110, 115, 117, 118
conhecimento 14, 17, 20, 26, 27, 30, 33, 51, 52, 62, 63, 64, 67, 68, 70, 71, 72, 77, 78, 82, 84, 85, 90, 94, 100, 106, 115, 116, 118, 129, 131, 133, 135, 136, 138, 140, 142, 143, 144, 145, 152, 153, 154, 157, 168, 174, 190, 194, 198, 210, 235, 236, 244
coronavírus 181, 185
criminal 14, 23
cultura 131, 132, 133, 134, 136, 142, 143, 144, 145
custo 157, 172, 173, 174, 175, 177

D

- deficiência* 46, 64, 66, 71, 135, 198, 199, 203, 204, 205, 206
- desenvolvimento* 26, 34, 39, 40, 43, 44, 45, 52, 58, 78, 80, 82, 96, 102, 113, 122, 123, 152, 167, 172, 174, 175, 177, 183, 198, 200, 201, 202, 203, 212, 221, 222, 230, 235, 236, 237, 243, 244, 251, 254, 255, 257
- diagnósticas* 197, 198
- diagnóstico* 21, 26, 27, 29, 32, 34
- diagnósticos* 22, 28, 46, 101, 102, 103, 106, 198, 199, 200, 201, 204, 205
- doença* 21, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 55, 56, 59, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 90, 98, 99, 101, 104, 105, 106, 111, 112, 116, 117, 118, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 135, 148, 149, 157, 161, 166, 167, 168, 169, 170, 181, 184, 185, 186, 187
- doenças* 20, 26, 28, 30, 34, 42, 56, 58, 81, 90, 91, 94, 99, 108, 111, 112, 113, 127, 128, 132

E

- educação* 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46
- endêmica* 166
- enfermagem* 38, 39, 40, 44, 45, 49, 50, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 138, 140, 145, 149, 154, 160, 179, 229, 230, 231, 232, 233, 248, 249, 250, 251, 252, 260, 261, 262, 263, 264, 266, 267
- ensino* 25, 29, 50, 51, 52, 54, 57, 58, 77, 113, 115, 131, 138, 152, 184, 190, 235, 236, 237, 238, 239, 244
- erro médico* 13, 14, 22, 23
- escavidão* 190
- estereótipos* 249, 250, 251
- estético* 209, 212, 213, 214
- estratégia* 28, 83, 84, 125, 128, 151, 154, 178, 234, 235, 237, 244
- estratégias* 39, 83, 138, 142, 148, 150, 151, 152, 172, 176
- estratégicas* 258
- estudo* 23, 26, 27, 28, 33, 34, 38, 39, 42, 50, 51, 54, 55, 56, 58, 63, 76, 77, 78, 83, 86, 91, 92, 93, 94, 98, 100,

102, 107, 111, 112, 113, 115, 122, 124, 125, 128,
131, 136, 137, 141, 144
ética 25, 26, 27, 28, 30, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 42,
43, 44, 45, 46, 35
etiológicas 197, 198, 201, 202, 205

F

farmacêutica 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 157, 163,
164, 175, 177, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 275,
277, 278, 279, 280, 282, 283, 284, 290
farmacêutico 89, 90, 91, 94, 157, 173, 269, 270, 271,
272, 274, 277, 278, 279, 280
farmacovigilância 156, 162, 172, 173, 175, 176, 177, 179
ferramenta 45, 68, 148
ferramentas 29, 50
fitoterápicos 155, 156, 157, 160, 161, 162, 163, 164

G

genéticas 42, 198, 201, 204

H

habilidade 17, 62, 118, 150, 254
habilidades 43, 50, 51, 56, 68, 70, 84, 117, 200, 236,
237, 254, 255, 257
harmonização facial 217, 218, 224
humanização 62, 64, 67, 69, 80, 82, 83, 85, 86

I

latrogênica 61
iatrogênicas 60, 61, 63, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 77
idosos 34, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96
imunização 26
infecção 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 59, 103, 104,
106, 166, 167, 168
interdisciplinar 45, 50, 51, 52, 58
intervenção 30, 93, 94, 150, 161, 162, 172, 173

J

justiça social 38, 44, 45

L

legislações 14, 19, 198, 204, 205

lesões 27, 28, 30, 34, 42, 59, 70, 73, 75, 76, 98, 103,
104, 105, 209, 210, 217, 222, 224, 225

M

malária 165, 166, 167, 168, 169, 170

medicação 15, 71, 74, 77, 78, 90, 93, 94, 172, 173, 174,
175, 176, 177, 178, 179,

medicamentos 28, 61, 72, 73, 74, 76, 85, 89, 90, 91, 92,
93, 94, 95, 99, 108, 156, 157, 160, 161, 162, 163,
168, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 203,
270, 274, 275, 277, 278, 281, 282, 283, 284, 285,
286, 287, 288, 289, 290

médico 13, 14, 17, 20, 21, 22, 23, 33, 39, 40, 41, 46, 70,
72, 73, 74, 82, 91, 98, 106, 117, 143, 177, 199, 201,
202, 204, 210, 212, 213, 214, 229, 231, 232

metodologia 26, 80, 82, 124, 128, 137, 170, 174, 179,
210, 243, 244, 254

metodológico 52, 82, 83, 99, 122, 125, 209, 210

N

neoplasia 80

O

odontologia 26, 27, 29, 33, 35

oncologia 78, 122, 127, 129, 269, 270, 273, 274, 277,
278, 279, 280

orientação 19, 57, 88, 89, 90, 91, 93, 94

P

paciente 14, 20, 21, 22, 23, 30, 31, 32, 33, 35, 38, 40, 41, 42, 44, 46, 55, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 90, 92, 95, 98, 99, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 148, 151, 152, 153, 154, 160, 167, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 188, 192, 193, 201, 209, 210, 212, 214

pacientes 15, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 61, 63, 64, 65, 66, 68, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 89, 91, 93, 94, 96, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 148, 152, 153, 159, 161, 162, 167, 172, 173, 174, 175, 177, 178, 179, 188, 202, 210, 212, 213, 221, 222, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 257, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 275, 277, 278, 279, 280, 282, 283, 35, 36

pandemia 38, 39, 40, 43, 45, 95, 160, 180, 181, 185, 186, 187, 188

parasita 28, 166, 167

parasitose 166, 167, 168

patologia 34, 55, 91, 127, 222, 226, 257, 269, 270, 277

pesquisa 26, 27, 29, 33, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 51, 54, 55, 56, 58, 61, 67, 69, 70, 73, 76, 80, 86, 87, 89, 91, 98, 99, 100, 101, 110, 123, 125, 128, 131, 137, 138, 145, 149, 154, 157, 158, 169, 170, 173, 178, 179, 183, 190, 191, 198, 210, 211, 218, 222, 229, 230, 231, 232, 235, 238, 244

prática 26

práticas 58, 61, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 75, 78

procedimento 16, 23, 27, 29, 71, 72, 75, 141, 209, 210, 223, 224, 229

procedimentos 22, 23, 27, 29, 30, 54, 61, 63, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 75, 85, 86, 98, 117, 126, 127, 135, 152, 173, 174, 183, 204, 217, 218, 223, 224, 226

processo 33, 34, 38, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 61, 64, 66, 68, 69, 74, 75, 76, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 89, 91, 99, 101, 106, 110, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 126, 127, 128, 135, 136, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 158, 175, 177, 178, 179, 190, 192, 193, 199, 201, 209, 210, 211, 220, 221, 224, 231, 235, 236, 244, 251, 254, 256

psicológica 34, 42, 99, 113, 190

psicológicos 91, 202, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288

puérperas 131, 133, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 146

puerpério 131, 133, 134, 137, 138, 146

Q

queloides 209, 210, 211, 212, 213

R

recém-nascido 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146

responsabilidade 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

responsabilidade civil 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24

S

saúde 14, 20, 22, 25, 28, 29, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 51, 52, 54, 55, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 74, 76, 80, 82, 83, 84, 86, 87, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 101, 102, 106, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 157, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 182, 183, 184, 187, 188, 189, 190, 194, 195, 198, 201, 202, 203, 211, 218, 230, 231, 232, 236, 249, 250, 251, 252, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 269, 270, 271, 273, 274, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 35

segurança 16, 17, 27, 40, 41, 43, 45, 55, 61, 63, 65, 75, 76, 78, 84, 127, 135, 138, 144, 148, 152, 159, 162, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 184, 203, 218, 223, 250, 251, 260, 262, 263, 265, 266, 267

segurança do trabalho 260, 267

serviços 14, 21, 22, 28, 34, 41, 46, 58, 91, 115, 127, 128, 137, 148, 151, 152, 153, 173, 177, 178, 182, 185, 187, 188, 198, 203, 229

soluções 38, 40
sorologia 26

T

TEA 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206
técnica 17, 33, 41, 52, 68, 69, 70, 71, 86, 137, 142, 145,
169, 184, 209, 212, 213, 214
técnicas 14, 45, 53, 61, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 75
tecnológico 46, 58, 64, 143, 229
terapêutica 62, 78, 84, 110, 111, 112, 119
trabalho 14, 20, 21, 22, 26, 27, 29, 40, 41, 50, 51, 52,
53, 55, 57, 58, 59, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 75,
76, 77, 78, 83, 84, 87, 89, 94, 95, 99, 100, 106, 111,
113, 114, 126, 127, 144, 145, 148, 150, 151, 152,
153, 154, 168, 169, 173, 174, 178, 181, 182, 183,
189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 198, 210, 218,
230, 235, 236, 244, 249, 250, 252, 259, 260, 261,
262, 263, 264, 265, 266, 267
transtorno 156, 157, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204,
205, 206, 207
transtornos 66, 163, 164, 198, 199, 200, 204, 281, 282,
283, 284, 285, 286, 287, 288, 290
tratamento 14, 21, 23, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35,
43, 55, 56, 59, 62, 67, 70, 72, 80, 81, 82, 84, 85, 86,
87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 101, 102, 103,
105, 106, 107, 108, 111, 112, 116, 117, 122, 123,
124, 126, 127, 128, 129, 142, 143, 148, 155, 156,
157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 168, 169, 173,
175, 200, 203, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 216,
217, 218, 222, 223, 224, 231, 233, 236, 269, 270,
271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280

U

unidade de terapia 60, 61, 62, 77, 78, 102, 120, 228,
229, 233

