Teoria e Prática multidisciplinar em saúde

O profissional do futuro é cooperativo

Edição II

EDITORA PASTEUR

Teoria e Prática Multidisciplinar em Saúde: o profissional do futuro é cooperativo

Edição II

Organizadores

Guilherme Barroso L. De Freitas
Camilla Castro de Almeida

2021

2021 by Editora Pasteur
Copyright © Editora Pasteur

Editor Chefe:

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial:

Dr. Alaércio Aparecido de Oliveira
Dra. Aldenora Maria X Rodrigues
Bruna Milla Kaminski
Dr. Daniel Brustolin Ludwig
Dr. Durinézio José de Almeida
Dr. Everton Dias D'Andréa
Dr. Fábio Solon Tajra
Francisco Tiago dos S Silva Júnior
Dra. Gabriela Dantas Carvalho
Dr. Geison Eduardo Cambri
MSc. Guilherme Augusto G. Martins
Dr Guilherme Barroso L de Freitas
Dra. Hanan Khaled Sleiman
MSc. Juliane Cristina de A Paganini
Dr. Lucas Villas Boas Hoelz
MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira
Dra. Márcia Astrês Fernandes
Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli
Dr. Paulo Alex Bezerra Sales
MSc. Raul Sousa Andreza
Dra. Teresa Leal

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Editora Pasteur, PR, Brasil)

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.
Teoria e Prática Multidisciplinar em Saúde: o profissional do futuro é cooperativo
/ Guilherme Barroso Langoni de Freitas - Irati: Pasteur, 2021.
1 livro digital; 277 p.; ed. II; il.

Modo de acesso: Internet
ISBN 978-65-867-0075-6
https://doi.org/10.29327/545934
1. Medicina 2. Interdisciplinaridade 3. Ciências da Saúde
I. Título.

CDD 610
CDU 601/618

PREFÁCIO

A boa prática médica moderna tornou necessário que os profissionais da área tenham posicionamentos mais integrativos e possuam ações multidisciplinares. É comprovado que a atenção coordenada por equipe multidisciplinar resulta em prognósticos favoráveis em todos os níveis do atendimento. O livro Teoria e Prática Multidisciplinar em Saúde apresenta uma gama de estudos selecionados e autores convidados dos campos da enfermagem, psicologia, farmácia, medicina humana e veterinária, biomedicina, odontologia, nutrição, educação física e fonoaudiologia. Esse livro é um convite para viajar, aprender e se integrar ainda mais com as diversas facetas da medicina, que por sinal, vem do latim *mederi*, i.e. aprender, curar, saber o melhor caminho. Boa leitura!

Sumário

CAPÍTULO 1 ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE COM DELIRIUM EM TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA ... 1

CAPÍTULO 2 TUBERCULOSE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE AS POSSIBILIDADES DE MELHORAR O TRATAMENTO 11

CAPÍTULO 3 CONDUTAS MULTIPROFISSIONAIS NO CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES 17

CAPÍTULO 4 A EFICÁCIA DA ESTIMULAÇÃO NÃO INVASIVA DO NERVO VAGO NO TRATAMENTO DA CEFALEIA EM SALVAS 25

CAPÍTULO 5 A PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL IMPLANTOSSUPORTADA: UM ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO E BIOPSICOSSOCIAL 33

CAPÍTULO 6 RELATO DE CASO DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA PACIENTE COM OBESIDADE E COMORBIDADES ASSOCIADAS 42

CAPÍTULO 7 GRANULOMATOSE DE WEGENER: ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS 47

CAPÍTULO 8 A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR NOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER IMPACTADOS PELOS CONDICIONANTES SOCIAIS 53

CAPÍTULO 9 IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS: REVISÃO INTEGRATIVA 68

CAPÍTULO 10 DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO EM MEDICINA DE FAMÍLIA A IDOSOS VULNERÁVEIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA 76

CAPÍTULO 11 A MULTIDISCIPLINARIDADE NA EQUIPE MÉDICA DENTRO DO SUS: UMA REVISÃO 84

CAPÍTULO 12 RELAÇÃO CANCÊR DO COLO DO ÚTERO E PAPILOMAVÍRUS HUMANO 91

Sumário

CAPÍTULO 13 A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO MULTIDISCIPLINAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 103

CAPÍTULO 14 BENEFÍCIOS DA MUSICOTERAPIA AO TRABALHO DE PARTO 110

CAPÍTULO 15 DISPOSITIVOS INTEROCLUSAIS 120

CAPÍTULO 16 *SLOW MEDICINE* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA 129

CAPÍTULO 17 O ATENDIMENTO PRIMÁRIO MULTIDISCIPLINAR NA BUSCA PELA EFETIVAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE 135

CAPÍTULO 18 O IMPACTO DA ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS 142

CAPÍTULO 19 A IMPORTÂNCIA DA MULTIDISCIPLINARIDADE NO BLOCO CIRÚRGICO 148

CAPÍTULO 20 NÚCLEO ACADÊMICO DO SIMERS: COMPLEMENTANDO A FORMAÇÃO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL 156

CAPÍTULO 21 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: A CHAVE PARA O ATENDIMENTO MÉDICO EFICAZ 162

CAPÍTULO 22 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: COMO UMA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR PODE FAZER A DIFERENÇA 170

CAPÍTULO 23 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE PELO MÉTODO DA ESTIMATIVA RÁPIDA: UM ESTUDO DE LAGOA DA PRATA – MG 177

CAPÍTULO 24 A NOTORIEDADE DE UMA EQUIPE MÉDICA MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO PRIMÁRIO À SAÚDE 184

CAPÍTULO 25 A HANSENÍASE NO BRASIL: REVISÃO DE LITERATURA 194

Sumário

CAPÍTULO 26 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UTI 199

CAPÍTULO 27 BIOÉTICA APLICADA A SAÚDE: UMA PERSPECTIVA INTERNACIONALISTA 207

CAPÍTULO 28 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO NEGRA: A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 218

CAPÍTULO 29 A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA PREVENÇÃO E NO CONTROLE DO DIABETE MELLITUS TIPO 2 231

CAPÍTULO 30 PLANTAS MEDICINAIS NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA 238

CAPÍTULO 31 CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DO SONO E RENDIMENTO ACADÊMICO DE ESTUDANTES DA SAÚDE DE PERÍODO INTEGRAL 244

CAPÍTULO 32 A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E AS TRANSFOMAÇÕES NO SETOR DA SAÚDE NO FUTURO: “A TECNOLOGIA NA SAÚDE” 252

CAPÍTULO 33 DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE PARA EFETIVAÇÃO DA PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA 264

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 1

ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE COM *DELIRIUM* EM TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

AUTORES

JOÃO FELIPE TINTO SILVA[1]
GUSTAVO HENRIQUE DUARTE DE MORAIS[2]
MÔNICA FERREIRA SILVA CRUVINEL[3]
MARIA VITÓRIA PEREIRA HILLADES[4]
ANA FLÁVIA SILVA ROCHA[3]
DAVI DE LIMA SILVA[3]
LORENA RIBEIRO DA SILVA[3]
LARA MORGANA MARTINS URZEDA[3]
ROSEANE OLIVEIRA VERAS[5]
EMANUEL OSVALDO DE SOUSA[6]
IRACEMA SILVA DA COSTA[1]
VICTOR GUILHERME PEREIRA DA SILVA MARQUES[7]
VITALIANO DE OLIVEIRA LEITE JUNIOR[8]
RAMON LIMA SILVA[9]
BIANCA AMARAL FERREIRA DE ARAÚJO[10]

FILIAÇÃO

1. Discente – Enfermagem do Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (UNIFACEMA).
2. Discente – Medicina do Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES).
3. Discente – Medicina da Universidade de Uberaba (UNIUBE).
4. Discente – Fisioterapia da Universidade de Uberaba (UNIUBE).
5. Fisioterapeuta – Faculdade Maurício de Nassau (UNINASSAU).
6. Fisioterapeuta – Centro Universitário Unifacid Wyden (UNIFACID).
7. Discente – Enfermagem do Centro Universitário do Piauí (UNIFAPI).
8. Discente – Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).
9. Discente – Enfermagem da Faculdade Estácio de Teresina (ESTÁCIO).
10. Discente – Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES).

Palavras-chave: Equipe de assistência ao paciente; Delírio; Unidades de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

O *Delirium* é uma condição ocasionada devido a disfunções neurológicas que causam alterações no nível de consciência e da atenção, déficits cognitivos e desorientação em pacientes, manifestando-se com início agudo e curso flutuante. Esta disfunção neurológica expressa uma elevada incidência em pacientes críticos, variando entre 18,9% e 68,3% em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), principalmente em pacientes submetidos à ventilação mecânica (VM) (SOUZA *et al.*, 2020).

O *Delirium* é considerado uma emergência médica cuja solução advém da causa, das chances e da agilidade no tratamento. Assim, estudos evidenciam que, quando o paciente é abordado precocemente, é possível investigar o diagnóstico e o tratamento de algum fator que desencadeie o *Delirium* ou que colabore para seu acontecimento. Nesta situação, medidas de apoio tendem a objetivar que as funções vitais do paciente sejam preservadas (NÉRIO *et al.*, 2020).

Quanto aos fatores de risco que determinam o *delirium*, estes podem ser classificados em modificáveis, como febre, desidratação, alto risco de morte, utilização de sedativos, de analgésicos e de dispositivos invasivos (como os tubos e cateteres, entre outros), e não modificáveis, como idade, gênero, hábitos pessoais (por exemplo, tabagismo, abuso de álcool), comorbidades, doenças prévias do sistema nervoso e demência (LUNA *et al.*, 2015).

O *delirium* pode classificado em três subtipos: hipoativo, hiperativo e misto (LIMA *et al.*, 2016). Neste sentido, a condição hipoativa é determinada pelo nível de atividade psicomotora acompanhada de lentidão e letargia, aproximando-se do estupor; já a hiperativa é considerada como um nível de atividade psicomotora que pode ser acompanhada de oscilação da agitação e/ou recusa a cooperar com os cuidados médicos; e a condição mista é o nível normal de atividade psicomotora, mesmo com perturbação da atenção e da percepção (KREBS *et al.*, 2018).

O diagnóstico é realizado à beira do leito através do exame clínico e por qualquer profissional adequadamente capacitado, principalmente por enfermeiros, mediante ferramentas validadas, sendo o *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) o método de avaliação da confusão mental mais frequentemente utilizada em UTI (SOUZA *et al.*, 2020).

Associada a isto, a utilização de escalas de avaliação e identificação dessa condição clínica ainda não é adotada em muitos desses espaços de assistência à saúde, mesmo naqueles com acesso a instrumentos validados em vários países, que auxiliam no seu diagnóstico e que podem ser aplicados por diversos profissionais que compõe a equipe multiprofissional (BARROS *et al.*, 2015).

A avaliação do *delirium* e os cuidados realizados pela equipe são essenciais na prática clínica, pois entre seus benefícios estão a redução do tempo de hospitalização, a minimização da incidência de infecções e de complicações, permitindo a equipe multiprofissional outras perspectivas no cuidado, além de conferir mais autonomia na execução de intervenções não farmacológicas na prevenção e no tratamento dessa disfunção (SOUZA *et al.*, 2017).

Dessa forma, a relevância deste estudo consiste em decorrência da elevada incidência de *delirium* em UTI, sendo definidos equivocados desfechos clínicos. Há alusão a inadequação dos cuidados realizados para o *delirium*, uma vez que as intervenções fármacológicas não se mostram eficazes para sua prevenção e/ou seu tratamento (SOUZA *et al.*, 2020), além de ser evidenciado pelos estudos

levantados que estratégias não farmacológicas e a atuação multiprofissional apresentam bons resultados.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo relatar a abordagem prestada pela equipe multiprofissional ao paciente com *delirium* em terapia intensiva por meio de uma revisão integrativa.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que é definida como um tipo de investigação voltada para o aspecto qualitativo de uma determinada questão, nesse caso, a assistência multiprofissional ao paciente com *delirium* em terapia intensiva. A revisão de literatura possibilita investigar temáticas dentro de vários autores e referenciais, sobre discursos e principais temas abordados (PEREIRA *et al.*, 2018).

Para a revisão foram percorridas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos, categorização e avaliação dos artigos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento dos principais resultados evidenciados na análise dos artigos incluídos (MENDES *et al.*, 2008).

O tema determinou a construção da estratégia PICo, que representa um acrônimo para Paciente ou Problema (P), Interesse (I) e Contexto (Co). Nesta pesquisa foi utilizada a seguinte questão norteadora: "Qual a abordagem prestada pela equipe multiprofissional ao paciente com *delirium* em terapia intensiva?".

O levantamento do estudo foi realizado entre maio e julho de 2021, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PUBMED.

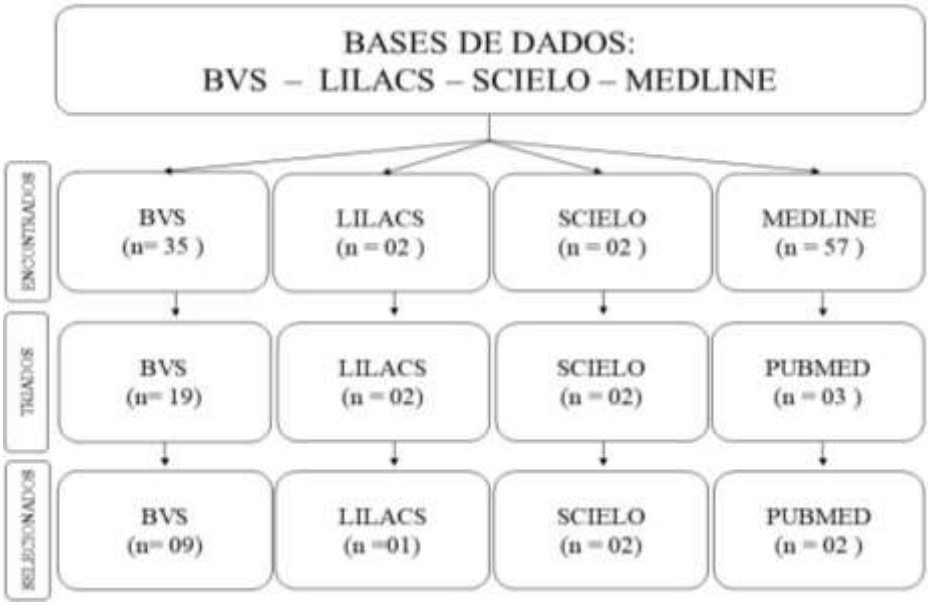
Para a recuperação de estudos relevantes, que respondessem à pergunta da pesquisa, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os *Medical Subject Headings* (MeSH): "Equipe de Assistência ao Paciente / *Patient Care Team*", "Delírio / *Delirium*" e "Unidades de Terapia Intensiva / *Intensive Care Units*", localizados no portal da Biblioteca Virtual em Saúde em (http://decs.bvs.br/). Tais descritores foram cruzados utilizando o operador booleano "AND" para obtenção de resultados mais precisos que foram avaliados por meio de critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos foram: artigos completos gratuitos publicados nas bases de dados elencadas, apresentados nos idiomas português e inglês, com recorte temporal de 2014 a 2021, estando relacionados com a temática. Foram excluídos, além daqueles artigos contrários aos critérios de inclusão, os estudos duplicados, incompletos, cartas ao editor, resumos, resenhas, monografias, dissertações e teses.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 96 artigos nas bases de dados utilizadas, dos quais 70 foram excluídos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restando 26 publicações. Outros 12 foram excluídos após a leitura do título e resumo, restando 14 estudos. Após a leitura na íntegra e avaliação dos artigos, os 14 estudos foram selecionados para compor a presente revisão, pois se adequaram ao tema proposto e respondiam ao objetivo da pesquisa. O fluxograma com o detalhamento das etapas de pesquisa é apresentado a seguir na **Figura 1.1**.

Figura 1.1 Fluxograma de identificação e seleção dos artigos, 2021



O **Quadro 1.1** apresenta os estudos selecionados para a composição da presente revisão integrativa da literatura de forma mais detalhada, com informações sobre título do artigo, autores e ano de publicação, objetivo e principais resultados.

Quadro 1.1 Distribuição dos artigos selecionados de acordo com o título, autores e ano de publicação, objetivos e principais resultados, 2021

Nº	TÍTULO	AUTORES/ ANO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
01	Interprofessional team interactions about complex care in the ICU: pilot development of an observational rating tool	COSTA, D.K. *et al*. (2016)	Examinar a confiabilidade de uma ferramenta de classificação observacional para avaliar as interações da equipe sobre ABCDE em uma UTI	O estudo forneceu evidências piloto de confiabilidade de uma ferramenta de classificação observacional para avaliar as interações da equipe interprofissional sobre o ABCDE. Trabalhos futuros devem testar e modificar esta ferramenta para obter uma compreensão de como usar as interações da equipe para melhorar a entrega ABCDE.
02	Validation of a multidisciplinary care protocol for critically ill patients with *delirium*	SOUZA, T.L. *et al*. (2020)	Validar protocolo multiprofissional para atendimento de pacientes com *delirium* internados em unidade de terapia intensiva	O protocolo multiprofissional para pacientes com *delirium* em unidade de terapia intensiva incluiu cuidados relacionados ao diagnóstico de *delirium*, pausa na sedação, mobilização precoce, manejo da dor, agitação e *delirium*, orientação cognitiva, promoção do sono, intervenções ambientais e participação familiar.
03	Assistência de enfermagem ao paciente com *delirium* na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa	GOIS, J. *et al*. (2019)	Avaliar o nível de conhecimento do enfermeiro na identificação do *delirium* na UTI	A dificuldade da identificação da patologia existe, uma vez que a mesma é subvalorizada e de difícil reconhecimento. Percebe-se uma prática complexa e minuciosa com alguns produtos de fragilidade no que se refere a percepção do *delirium* pela equipe multidisciplinar e com a finalidade de evitar agravos ao quadro clínico do paciente

04	Cuidados multiprofissionais para pacientes em *delirium* em terapia intensiva: revisão integrativa	SOUZA, T.L. *et al.* (2018)	Descrever os cuidados multiprofissionais para manejo de pacientes críticos em *delirium* na UTI a partir das evidências encontradas na literatura	Os cuidados multiprofissionais foram apresentados para melhor entendimento em diagnóstico de *delirium*, pausa de sedação, mobilização precoce, diretrizes para dor, agitação e *delirium*, agitação psicomotora, orientação cognitiva, promoção do sono, ambiente e participação da família.
05	Incidência e fatores relacionados ao *delirium* em unidade de terapia intensiva	MORI, S. *et al*. (2016)	Identificar a incidência de *delirium*, comparar as características demográficas e clínicas de pacientes com e sem *delirium* e verificar os fatores relacionados ao *delirium* em pacientes em terapia intensiva	Os resultados demostraram alta incidência de *delirium* em UTI, associada à idade avançada e ao uso de sedativos e analgésicos, enfatizando a necessidade de cuidados de enfermagem relevantes para prevenir e identificar precocemente os pacientes que apresentam essas características.
06	Conhecimento de enfermeiros sobre *delirium* no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo	RIBEIRO, S.C.L. *et al*. (2015)	Analisar o conhecimento de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva sobre *delirium* em pacientes críticos	Constatou-se que os enfermeiros têm dúvidas quanto ao *delirium*, seu manejo em terapia intensiva, ao uso de escalas e às intervenções de enfermagem. Este estudo aponta para a necessidade de educação sobre o assunto e de novas pesquisas sobre o manejo do *delirium* na enfermagem.
07	Implementation of a multiprofessional, multicomponent *delirium* management guideline in two intensive care units, and its effect on patient outcomes and nurse workload: a pre-post design retrospective cohort study	MARIA, S. *et al*. (2020)	Avaliar a eficácia, os custos e os benefícios de seguir uma diretriz padronizada de *delirium* multiprofissional e multicomponente em oito desfechos	O aumento da conscientização sobre o *delirium* após a implementação do manejo multiprofissional e multicomponente padronizado leva ao aumento da atenção terapêutica, ao prolongamento da permanência na UTI e ao aumento dos custos, mas sem influência na mortalidade.
08	Estimulação cognitiva e terapia ocupacional para prevenção de *delirium*	TOBAR, E. *et al.* (2017)	Avaliar os estudos que discutem o papel da terapia ocupacional na prevenção do *delirium* em populações de pacientes críticos, além de sugerir perspectivas para pesquisas nesta área	O estudo aponta que as estratégias preventivas não farmacológicas e os relatos recentes sugerem o papel da terapia ocupacional por meio de uma série de intervenções que podem ter impacto no desenvolvimento do *delirium*.
09	O Manejo Não Farmacológico do *Delirium* Sob a Ótica de Enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto	EBERLE, C.C. *et al*. (2019)	Identificar medidas não farmacológicas no manejo de *delirium* descrito por enfermeiras de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto	Os enfermeiros têm conhecimento sobre o *delirium* e trazem diversas medidas não farmacológicas utilizadas na prevenção e gestão. Eles ressaltam a importância do conhecimento sobre o assunto e a presença de familiares para identificar e prevenir os sintomas. As dificuldades citadas para implementação dessas medidas são barreiras de estrutura física, recursos

				materiais e falta de informação sobre o tema.
10	Estratégias utilizadas por enfermeiras para minimizar a ocorrência de *delirium* em pacientes críticos	OLIVEIRA, K.P. *et al.* (2020)	Descrever as estratégias utilizadas por enfermeiras para minimizar a ocorrência de *delirium* em pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI)	O estudo relata que apesar do pouco conhecimento das enfermeiras sobre o *delirium* existe uma coerência quantos aos métodos de intervenção para preveni-lo. A implementação de protocolos e atividades educativas são imprescindíveis para empoderar o enfermeiro quanto às intervenções realizadas.
11	Avaliação da presença de *delirium* em uma unidade de terapia intensiva pública	MARTINS, J.B. *et al.* (2019)	Conhecer a prevalência do *delirium* em uma Unidade de Terapia Intensiva Clínica e Cirúrgica pública	O estudo conclui que o *delirium* apresentou prevalência de 36%, demonstrando que esta síndrome apresenta prevalência significante em Unidade de Terapia Intensiva. Desta forma, o reconhecimento de seus sinais e sintomas é fundamental para a sua prevenção, aliada a aplicação de escalas de rastreio.
12	*Delirium* em pacientes na unidade de terapia intensiva submetidos à ventilação não invasiva: um inquérito multinacional	TANAKA, L.M.S. *et al.* (2015)	Conduzir um inquérito multinacional com profissionais de UTI para determinar as práticas relacionadas à avaliação e ao manejo do *delirium*	O inquérito fornece dados que enfatizam a escassez de esforços direcionados à avaliação e ao manejo do *delirium* no ambiente da terapia intensiva, em especial nos pacientes submetidos à ventilação não invasiva.
13	Ações de enfermagem na prevenção do *delirium* em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva	PINCELLI, E.L. *et al.* (2015)	Identificar as ações de enfermagem na prevenção do *delirium* no paciente adulto crítico internado na Unidade de Terapia Intensiva	As ações de enfermagem para prevenção do *delirium* em pacientes internados em UTI foram organizadas nos temas: ambiente; mobilização; higiene do sono; equipamento e dispositivos; família e amigos e controle fisiológico.
14	Knowledge of nurses about *delirium* in critical patients: collective subject discourse	RIBEIRO, S.C.L. *et al.* (2015)	Analisar o conhecimento de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva sobre *delirium* em pacientes críticos	Constatou-se que os enfermeiros têm dúvidas quanto ao *delirium*, seu manejo em terapia intensiva, uso de escalas e intervenções de enfermagem. Este estudo aponta para a necessidade de educação sobre o assunto e de novas pesquisas sobre o manejo do *delirium* na enfermagem.

A equipe multiprofissional desempenha um importante papel na abordagem ao paciente em *delirium*, pois a atuação conjunta dos profissionais na UTI torna-se um fator altamente impactante para a prevenção e o tratamento do delírio ao paciente, uma vez que este é acometido. Assim, fica expresso que alguns cuidados prestados pela equipe multiprofissional são essenciais para o cuidado ao paciente em *delirium* na UTI (COSTA *et al*., 2016).

Sabe-se que o diagnóstico de *delirium* é feito, habitualmente, através da aplicação do Método de Avaliação de Confusão para Unidade de Terapia Intensiva (CAM-ICU) por qualquer profissional capacitado. Porém, apesar de ser um método de diagnóstico validado desenvolvido há muitos anos, a equipe multi-profissional necessita aderir o seu uso no

cotidiano de trabalho. No Brasil, o CAM-ICU é uma ferramenta bastante utilizada pelos profissionais médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, sendo considerada uma avaliação sistemática do *delirium* (SOUZA *et al.*, 2020).

O CAM-ICU é uma escala que verifica quatro questões: a flutuação do estado mental do paciente, inalterações, desorganização do pensamento e nível de consciência alterado, sem uma rápida e simples formulação de aplicação desta escala (GOIS *et al*., 2019).

Para que a ferramenta seja aplicada, é importante a avaliação do sensório após a interrupção da sedação, provocando o despertar do paciente. Desse modo, a pausa na sedação é determinada pela equipe multiprofissional, em especial pela enfermagem, com a utilização do *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), como ferramenta para avaliação do nível de sedação dos pacientes (SOUZA *et al.*, 2018).

Vários estudos recomendam a utilização de protocolos ou metas interdisciplinares para a utilização adequada de sedativos e para o tratamento precoce da dor como forma de controle do *delirium* em pacientes internados na UTI. Diante disso, a atuação do enfermeiro é indispensável por contribuir para o uso de drogas sedativas em níveis reduzidos, suficientes para o conforto e a segurança do paciente. Assim, tal conduta pode diminuir a necessidade de utilização de dispositivos para restrição mecânica, o que possibilita o início precoce da mobilização física e colabora para a melhor evolução clínica dos pacientes, além da redução dos custos relacionados ao tratamento e à prevenção do *delirium* (MORI *et al*., 2016).

No estudo de Ribeiro *et al.* (2015) é evidenciado que a sedação excessiva expõe o paciente a instabilidade hemodinâmica, ventilação mecânica prolongada e ao aumento da morbidade e da ocorrência de *delirium*. Os agentes sedativos e opioides, muito utilizados em UTI, representam um importante subgrupo de medicações conhecidas por ocasionar *delirium*. Há relatos de que os benzodiazepínicos (midazolam, lorazepan, diazepam) podem causar agitação paradoxal, hostilidade, agressividade e confusão, e os narcóticos pioram a cognição e agravam tal distúrbio. O uso profilático do haloperidol em pacientes com alto risco para *delirium* pode reduzir complicações. Outras drogas comumente utilizadas em terapia intensiva, como propofol, meperidina, morfina e anticolinérgicos (como atropina e hioscina), também mostraram potencial para desenvolvimento do *delirium.*

Ademais, na prática clínica, a agitação psicomotora normalmente necessita de manejo farmacológico devido ao risco de ocorrência de eventos adversos, tais como tração de dispositivos, extubação ou até mesmo queda do paciente. Assim, a equipe multiprofissional necessita de um paciente tranquilo, desperto e colaborativo para realizar todas as intervenções pertinentes para prevenção e tratamento de *delirium*, como mobilização precoce, interação com a família e reorientação (MARIA *et al.*, 2020).

Tobar *et al.* (2017) citam que para a orientação cognitiva com modificações ambientais devem ser desenvolvidas algumas orientações. Dessa forma, o envolvimento da equipe multiprofissional é essencial para a promoção da orientação do paciente quanto ao tempo e espaço, devendo sempre fornecer informações acerca da realidade, e ainda incluindo objetos pessoais como estratégias para minimização do *delirium* ao paciente.

Deve-se ainda realizar algumas estratégias para a prevenção ou tratamento do *delirium*, como relatar informações acerca do hospital, sobre as causas de internação do paciente e o tempo que o mesmo está internado, chamá-lo pelo seu nome, incluir a família nas conversas e citar o nome dos familiares, além de anunciar a

data e os horários. Assim, tais métodos de reorientação são evidenciados por estudos sobre fatores que diminuem a ocorrência de *delirium* em UTI, dentre as fases de observação e de intervenção (MORI *et al*., 2016). Além destes, responder dúvidas e estimular a memória, em associação ao fornecimento de livros, revistas e a presença de relógio nos leitos, são algumas medidas efetivas na redução das ocorrências desta condição (EBERLE *et al*., 2019).

Oliveira *et al*. (2020) relatam a respeito da relação ao ambiente e promoção do sono, destacando as intervenções a serem implementadas, tais como proporcionar um meio interativo de comunicação, a exemplo da televisão, reduzir e controlar ruídos, proporcionar um ambiente com visibilidade da luz solar e reduzir a luminosidade no período noturno. Isto posto, a promoção do sono aos pacientes críticos deve ser melhor compreendida na UTI, uma vez que, na hospitalização, a manutenção do sono noturno é prejudicada devido a estrutura física e organização hospitalar, proporcionando uma desregulação do ciclo circadiano e, consequentemente, prejudicando a atenção e a orientação do paciente (MARTINS *et al*., 2019).

Outra abordagem realizada pela equipe multiprofissional está voltada ao manejo da dor. As diretrizes ressaltam a necessidade de uma avaliação rotineira através de instrumentos validados. Por meio da *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) avalia-se a expressão facial, movimentos corporais, complacência com a ventilação mecânica ou verbalização em pacientes não intubados e tensão muscular, já a *Behavioral Pain Scale* (BSP) é utilizada para avaliar a expressão facial, movimentos de membros superiores e adaptação à ventilação mecânica. A primeira, a CPOT, configura uma escala observacional de fácil execução em pacientes intubados ou não, e a segunda, a BSP, é aplicada apenas em pacientes sob ventilação mecânica. Ambas trazem recomendações de diferentes condutas analgésicas (SOUZA *et al.*, 2018).

As ações de cuidados prestados pela equipe multiprofissional ao paciente em *delirium* na UTI são basicamente voltadas a adequação do ambiente, mobilização precoce, sono adequado, inserção da família no cuidado, ao manejo da dor, a interrupção da sedação, agitação psicomotora e orientação cognitiva, além do controle fisiológico, devendo sempre ser dadas orientações ao paciente, além de informações acerca dos cuidados realizados pela equipe (GOIS *et al*., 2019).

A equipe multidisciplinar geralmente é composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, nutrólogos e nutricionistas, psicólogo e assistente social que devem estar integrados no cuidado ao paciente. Deve-se evitar a mudança constante dos profissionais que prestam a assistência. A utilização da massagem terapêutica visa o relaxamento do paciente, contribuindo para a melhora do conforto e sono ao reduzir a ansiedade e a tensão (PINCELLI *et al.*, 2015).

O *delirium* na UTI precisa não somente de instrumentos de rastreio validados, mas também da sensibilização da equipe para a sua detecção. Desse modo, destaca-se a importância da educação continuada e do desenvolvimento de ferramentas na qualificação do atendimento aos pacientes de UTI. As intervenções educacionais podem melhorar as habilidades da equipe multiprofissional na UTI para realizar uma avaliação de *delirium* de forma padronizada. Assim, o rastreio do *delirium* não pode constituir-se, isoladamente, em um processo de garantia de qualidade, portanto, uma abordagem padronizada deve ser incorporada a educação

dos profissionais nos cuidados intensivos (RIBEIRO *et al*., 2015).

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou identificar alguns cuidados na abordagem da equipe multiprofissional ao paciente em *delirium* na UTI, bem como ao ambiente favorável ao cuidado, a realização de mobilização precoce, promoção do sono, a participação da família, o manejo da dor, a pausa na sedação, a agitação psicomotora e orientação cognitiva, o controle fisiológico e as orientações do paciente. A equipe multiprofissional deve ser sensibilizada e buscar dispor de recursos e capacitação para um cuidado eficiente e humanizado ao paciente em *delirium*. Assim, as estratégias utilizadas podem diminuir a incidência de tal situação além do tempo de hospitalização do paciente na UTI, o que torna evidente a importância dos cuidados multiprofissionais como fatores indispensáveis ao cuidado. Por fim, a importância deste estudo evidencia-se na necessidade imediata de prevenir e tratar o paciente que é acometido por *delirium* na UTI, uma vez que incorpora diversas complicações que podem agravar os desfechos clínicos. No entanto, é necessário que sejam realizadas mais pesquisas referentes a prevenção e ao tratamento de *delirium* na UTI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, M.A.A. *et al*. Delirium em idosos em unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa da literatura. Journal of Research: Fundamental Care Online, v. 7, p. 2738, 2015.

COSTA, D.K. *et al*. Interprofessional team interactions about complex care in the ICU: pilot development of an observational rating tool. BMC Research Notes, v. 9, p. 1, 2016.

EBERLE, C. C. *et al*. O manejo não farmacológico do delirium sob a ótica de enfermeiros em unidade de terapia intensiva para adultos. Journal of Research: Fundamental Care Online, v. 11, p. 1242, 2019.

GOIS, J. *et al*. Assistência de enfermagem ao paciente com *delirium* na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. Nursing, v. 22, p. 3214, 2019.

LIMA, M.L.M.N. *et al*. Delirium em terapia intensiva: revisão sistemática. Repositório Bahiana, v. 1, p. 1, 2016.

LUNA, A.A. *et al*. Delirium em terapia intensiva – um estudo retrospectivo. Revista de Enfermagem UFPE, v. 9, p. 69, 2015.

MORI, S. *et al*. Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, p. 587, 2016.

KREBS, J.A. *et al*. A influência do delirium no tempo de ventilação mecânica em pacientes críticos: uma revisão sistemática. ABCS Health Sciences, v. 43, p. 61, 2018.

MARIA, S. *et al*. Implementation of a multiprofessional, multicomponent delirium management guideline in two intensive care units, and its effect on patient outcomes and nurse workload: a pre-post design retrospective cohort study. Swiss Medical Weekly, v. 150, w20185, 2020.

MENDES, K.D.S. *et al*. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 17, p. 758, 2008.

MARTINS, J. B. *et al*. Avaliação da presença de delirium em uma unidade de terapia intensiva pública. Enfermagem em Foco, v. 10, p. 76, 2019.

MORI, S. *et al*. Incidência e fatores relacionados ao delirium em unidade de terapia intensiva. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, p. 587, 2016.

NÉRIO, A.K. *et al*. O enfermeiro frente ao risco de delirium em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva – revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, p. 10255, 2020.

OLIVEIRA, K. P. *et al*. Estratégias utilizadas por enfermeiras para minimizar a ocorrência de delirium em pacientes críticos. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 10, e21, 2020.

PEREIRA, A.S. *et al*. Metodologia da pesquisa científica. Santa Maria: UFSM, 2018.

PINCELLI, E.L. *et al*. Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, v. 60, p. 131, 2015.

RIBEIRO, S.C.L. *et al*. Knowledge of nurses about delirium in critical patients: collective subject discourse. Texto & Contexto – Enfermagem, v. 24, p. 513, 2015.

SOUZA, R.C.S. *et al*. Capacitação de enfermeiros na utilização de instrumento de avaliação de delirium. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, p. 1, 2017.

SOUZA, T.L. *et al*. Cuidados multiprofissionais para paciente em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 39, e2017, 2018.

SOUZA, T.L. *et al*. Validação de protocolo multiprofissional de cuidados para paciente crítico com delirium. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 41, e20190165, 2020.

TANAKA, L.M.S. *et al*. *Delirium* em pacientes na unidade de terapia intensiva submetidos à ventilação não invasiva: um inquérito multinacional. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 27, p. 360, 2015.

TOBAR, E. *et al*. Estimulação cognitiva e terapia ocupacional para prevenção de delirium. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 29, p. 248, 2017.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 2

TUBERCULOSE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE AS POSSIBILIDADES DE MELHORAR O TRATAMENTO

AUTORES

MAGALY JANDREY[1]
ALINE CRISTINA GIACHINI[1]
ALEX APARECIDO DE CARVALHO[1]
TAIANA GRESPAN PENSIN[2]
MICHELE FERNANDA BORTOLINI[2]

FILIAÇÃO

1. Discente – Farmácia da Universidade União das Américas Campus Biopark.
2. Docente – Farmácia Universidade União da Américas Campus Biopark.

Palavras-chave: Controle da doença; Mycobacterium tuberculosis; Resistência bacteriana.

INTRODUÇÃO

A tuberculose da espécie *Mycobacterium tuberculosis* é uma doença infectocontagiosa crônica, considerada a mais comum. Além disso, é uma das doenças que mais causa óbitos no mundo. O principal órgão afetado pela tuberculose são os pulmões (tuberculose pulmonar), mas pode atingir também outros órgãos do corpo humano. A tuberculose é transmitida quando pessoas com a doença expelem o agente etiológico pelo ar, através da fala, espirro ou tosse (BARRY III *et al*., 2009).

Trata-se de uma doença disseminada por todo o mundo, que afeta um terço da população mundial e em torno de 10 milhões de pessoas a desenvolvem a cada ano, resultando em dois milhões de mortes (WHO, 2019). De acordo com o Relatório Sobre a Tuberculose em (2019) da Organização Mundial da Saúde (OMS), a tuberculose está entre as dez principais causas de mortes em seres humanos.

Desta forma, a finalidade deste trabalho é analisar a literatura sobre a tuberculose, com o intuito de verificar como está sendo executado o tratamento e quais as possíveis melhoras da doença com o tratamento.

MÉTODO

Este trabalho foi construído por meio de uma revisão bibliográfica de artigos científicos, trabalhos acadêmicos, livros sobre o tema, realizada no período de 17 de fevereiro a 22 de abril de 2020. As consultas foram realizadas nas bases de dados PubMed e Google Acadêmico. Por meio destas buscas, foram recuperados 25 artigos que foram submetidos a critérios de seleção.

Os principais critérios de seleção para inclusão foram artigos publicados entre 2001 e 2020 que tinham como embasamento o tratamento da tuberculose e suas possíveis melhoras. Foram selecionados para o *corpus* da pesquisa teses, dissertações e artigos, inclusive no idioma inglês. Foram excluídos os trabalhos duplicados ou que não abordavam diretamente o tema em estudo ou que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após a avaliação dos trabalhos recuperados, restaram 13 itens que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados encontrados na busca dos trabalhos foram, de forma descritiva, pontuando contexto histórico, contexto nacional e internacional de contágio, sintomas, órgãos afetados, exames, controle da doença, formas de tratamento, principais dificuldades, os motivos da bactéria ter se tornado multirresistente e suas melhorias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Presume-se que o surgimento da bactéria do gênero *Mycobacterium* tenha sido há mais de 150 milhões de anos, sendo uma precedência de *Mycobacterium tuberculosis*, que é a responsável pela infecção dos primatas no continente africano por cerca de três milhões de anos (JOHNSON *et al*., 2006).

Considerada até meados do século XX uma doença comum entre as pessoas de fama como os artistas e intelectuais, a tuberculose relacionava-se a um comportamento livre das pessoas, sendo considerada uma “doença romântica” (SOUZA & VASCONCELOS, 2005).

A tuberculose tornou-se uma epidemia no século XVIII, com elevado índice de mortalidade, causando a morte de aproximadamente 1% da população por ano. Desde então, a doença tem estado presente na humanidade, devido às aglomerações em centros urbanos. De fácil adaptação ao seu novo hospedeiro, é essencialmente uma patologia pulmonar sendo os pulmões a porta de entrada para a reprodução da doença por se tratar de um ambiente arejado e com umidade, um microecossistema muito

benéfico para sua sobrevivência e proliferação (BERTOLLI FILHO, 2001).

O *Mycobacterium tuberculosis*, ao infectar o tecido pulmonar, atrai os macrófagos alveolares que, quando o organismo tenta se defender desta ameaça, os bacilos fagocitam e criam pequenos tubérculos também chamados de granulomas, em que os *Mycobacterium tuberculosis* ficam alojados em estado latente, podendo assim sobreviver por décadas (MASSABNI & BONINI, 2019).

Existem dois estados da tuberculose, o estado ativo, no qual o *Mycobacterium tuberculosis* consegue se proliferar e se espalhar pelo organismo, e a fase latente, em que a doença é assintomática e não é transmissível. Como a proliferação desta doença é em forma de colônia, sua migração para outras regiões do aparelho respiratório é facilitada, assim as chances de se disseminarem para outros órgãos do corpo são grandes e uma parte desses germes são expelidos pelas vias aéreas poluindo o meio ambiente (MASSABNI & BONINI, 2019).

O *Mycobacterium tuberculosis* apresenta uma morfologia bacilar. A parede celular é um dos elementos essenciais na sua morfologia, e tem como função a proteção contra agentes químicos, favorecendo as condições de sobrevivência em objetos por vários dias. A bactéria tem um alto teor de lipídios que consome tempo e gasta energia do metabolismo do patógeno para a realização da sua duplicação, visto que para o crescimento desse tipo de bactéria pode variar de 3 a 48 horas (ROSSETTI *et al*., 2012).

Os principais motivos para o surgimento da resistência bacteriana da *Mycobacterium tuberculosis* relacionados aos medicamentos estão ligados a diversos fatores, entre eles: a dosagem errada, esquecimento do horário para ingestão, uso incorreto, abandono ou desistência do tratamento e até mesmo por conta das mutações cromossômicas, tornando, assim, a bactéria multirresistente. Atualmente, com o surgimento da tuberculose multirresistente definida como "resistência *in vitro* à rifampicina e isoniazida" e da tuberculose extensivamente resistente (*TB-XR - extensively drug-resisitant tuberculosis*) o cenário da doença está piorando (MACIEL *et al*., 2012).

Inúmeros são os exames, técnicas, análises e métodos necessários para que seja realizado um diagnóstico preciso e assertivo em relação à tuberculose, podendo levar de três a cinco semanas para que se tenham resultados positivos da doença. Quando a tuberculose for extrapulmonar esse período pode demorar ainda mais. Assim, ter um diagnóstico preciso e rápido e um tratamento correto é fator determinante para uma rápida cura do paciente (MACIEL *et al*., 2012).

A baciloscopia é o método prioritário de diagnóstico e controle durante o tratamento da tuberculose, combinados a ela existem inúmeros outros exames que podem ser realizados para a confirmação do diagnóstico da tuberculose pulmonar. A técnica de coloração específica Ziehl-Neelsen (ZN) e a de fluorescência com auramina são usadas para análise dos bacilos no escarro (TEIXEIRA *et al.*, 2007).

A cultura microbiológica é muito usada em casos em que a baciloscopia obtém resultados negativos. É com essa análise que é possível detectar e isolar a micobactéria, possibilitando a identificação da espécie e das vulnerabilidades do microrganismo aos quimioterápicos para a tuberculose. A radiografia de tórax também é utilizada para auxiliar no diagnóstico da doença, no entanto, não é um exame específico, sendo utilizado apenas para reforçar o diagnóstico da tuberculose (TEIXEIRA *et al.*, 2007).

Ainda pode-se destacar outras análises como biópsias transbronquial, lavado broncoalveolar e lavado no aspirado gástrico, fazendo a lavagem estomacal, que é uma técnica muito

usada para diagnósticos de tuberculose em crianças (TEIXEIRA *et al.*, 2007).

Devido aos sintomas serem pouco específicos e se apresentarem de maneira sistêmica como febre, suor noturno, perda de peso, anorexia e fraqueza, a tuberculose que não afeta os pulmões é a mais difícil de ser diagnosticada (TEIXEIRA *et al.*, 2007).

O controle da tuberculose se dá pela interrupção do ciclo de transmissão e/ou pelo tratamento do paciente contaminado, sendo este realizado pela utilização de fármacos. Mesmo sendo uma doença antiga, a tuberculose possui um vasto problema com a eficácia dos medicamentos usados em seu tratamento (SOUZA & VASCONCELOS, 2005).

Atualmente, há poucas alternativas para o tratamento da tuberculose visto que não existem muitas opções de medicamentos. Segundo Medeiros e Andrade (2008), os tratamentos mais adequados são compostos pela combinação de fármacos durante períodos prolongados (6–9 meses), levando a cura de 95 a 98% dos casos da doença.

Diversos fatores influenciam na cura da tuberculose. Em relação ao paciente estes fatores podem ser idade, sistema imunológico, estado nutricional, ingestão abusiva de álcool e fumo, adesão ao tratamento e tolerância aos fármacos. Já em relação ao *Mycobacterium tuberculosis*, podem ser a questão da virulência e a resistência adquirida pela bactéria. E, por fim, no que tange ao tratamento, influenciam na cura a disponibilidade do medicamento, interação medicamentosa, duração do tratamento, o potencial bactericida e esterilizante e a incompatibilidade entre os fármacos (RABAHI *et al.*, 2017).

A forma de tratamento da tuberculose compreende duas fases: a de manutenção e a de ataque, sendo que a fase de ataque tem por objetivo alcançar a morte da população existente, sem permitir a sobrevida de mutantes e droga-resistentes. Para tal, são associados medicamentos com alto poder bactericida (MEDEIROS & ANDRADE, 2008).

Já a fase de manutenção objetiva eliminar bacilos latentes com a redução da reincidência da patologia na utilização de medicamentos com maior eficácia bactericida e esterilizante, ou seja, com boa atuação em todas as populações bacilares (OLIVEIRA, 2013).

Devido à utilização de fármacos ou ao seu uso inapropriado, os mesmos não eliminam rapidamente o escarro, selecionam mutantes resistentes e, com isto, acarretam a falha do tratamento (MEDEIROS & ANDRADE, 2008).

Para prevenir a seleção de bacilos resistentes e garantir a efetiva cura da doença, é necessária a utilização de uma associação de diferentes medicamentos que agirão sobre os bacilos sensíveis e os resistentes, uma vez que bacilos resistentes a um medicamento podem ser sensíveis a outro (OLIVEIRA, 2013).

CONCLUSÃO

Através da pesquisa bibliográfica foi possível verificar diversos problemas e situações que influenciam no controle da tuberculose; principalmente problemas voltados às questões de tratamento, diagnóstico e resistência microbiana.

Desse modo, o surgimento de cepas multirresistentes, e a falta de adesão do paciente seja por erro na dosagem, administração incorreta ou pela interrupção do tratamento, e até mesmo as mutações cromossômicas da própria bactéria, foram fatores determinantes para que o *Mycobacterium tuberculosis* adquirisse uma forte resistência bacteriana.

Foi possível observar que a falta de adesão do paciente é um fator determinante para a eficácia da medicação devido ao fato de ser

muito longo, o que pode acarretar administrações erradas, esquecimentos e até mesmo no abandono do tratamento. Outro fator predominante refere-se ao surgimento da bactéria multirresistente. O tratamento da tuberculose quando a bactéria se tornou resistente aos antimicrobianos é sempre mais difícil de tratar visto que é necessária a combinação de vários medicamentos. Esta conjuntura torna o tratamento muito caro e com grande potencial para efeitos indesejados.

Assim, observa-se uma relação ainda maior da não adesão do paciente, sendo bem mais frequente o abandono do tratamento.

Isto posto, para que ocorra um tratamento eficaz, é preciso haver a adesão do paciente em seguir à risca as orientações adequadas, além do acompanhamento supervisionado por profissionais qualificados para que dessa forma o tratamento seja concluído de maneira efetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRY III, C.E. *et al*. The spectrum of latent tuberculosis: rethinking the biology and strategies. Nature Reviews Microbiology, v. 7, p. 845, 2009.

BERTOLLI FILHO, C. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

JOHNSON, R. *et al*. Drug resistance in Mycobacterium tuberculosis. Current Issues in Molecular Biology, v. 8, p. 97, 2006.

MACIEL, M.S. *et al*. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 10, p. 226, 2012.

MASSABNI, A.C. & BONINI, E.H. Tuberculose: história e evolução dos tratamentos da doença. Revista Brasileira Multidiciplinar, v. 22, 2019.

MEDEIROS, J.B.B. & ANDRADE, V.M. Tuberculose: do tratamento convencional à farmacogenética de medicamentos. Arquivos Catarinenses de Medicina (ACM), v. 37, p. 69, 2008.

OLIVEIRA, D.M. Mycobacterium Tuberculosis e a resistência do bacilo de Koch [dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2013.

RABAHI, M.F. *et al.* Tratamento da tuberculose. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 43, p. 472, 2017.

ROSSETTI, M.L.R. *et al*. Tuberculose resistente: revisão molecular. Revista de Saúde Pública, v. 36, p. 525, 2002.

SOUZA, M.V.N. & VASCONCELOS, T.R.A. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. Química Nova, v. 28, p. 678, 2005.

TEIXEIRA, H.C. *et al*. Diagnóstico imunológico da tuberculose: problemas e estratégias para o sucesso. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 33, p. 323, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Global tuberculosis Report 2019. França, 2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf. Acesso em: 06 abr. 2020.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 3

CONDUTAS MULTIPROFISSIONAIS NO CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

AUTORES

JOÃO FELIPE TINTO SILVA[1]
IRACEMA SILVA DA COSTA[1]
VICTÓRIA MARIA PONTES MARTINS[2]
MARIA VITÓRIA PEREIRA HILLADES[3]
BRUNA RIBEIRO MAIA ALVES[4]
LAÍS GOLDNER BARCELLOS[4]
ANDRÉIA ZIVIANI BERGER[4]
MARCELLA SILVA CUNHA[5]
NATASHA CRISTINA RANGEL RODRIGUES[6]
FERNANDA MARIA RIBEIRO BATISTA[6]
WELLINGTON MONTEIRO FERREIRA[7]
SILVIO MATHEUS AZEVEDO ROCHA[8]
EMANUEL OSVALDO DE SOUSA[9]
ALINE RIBEIRO FERREIRA[10]
LUCIANA CANELA DE SIQUEIRA SILVA[11]

FILIAÇÃO

1. Discente - Enfermagem pelo Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (UNIFACEMA).
2. Discente - Enfermagem pelo Centro Universitário INTA (UNINTA).
3. Discente - Fisioterapia pela Universidade de Uberaba (UNIUBE).
4. Discente - Medicina pela Faculdade Brasileira (MULTIVIX).
5. Discente - Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).
6. Discente - Nutrição pela Universidade Federal do Pará (UFPA).
7. Discente - Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA).
8. Discente - Medicina pela Universidade Tiradentes (UNIT).
9. Fisioterapeuta pelo Centro Universitário Unifacid (UNIFACID).
10. Nutricionista pelo Centro Universitário UNIFAVIP (UNIFAVIP).
11. Medicina pela Universidade Brasil (UB).

Palavras-chave: Serviços de controle de infecção hospitalar; Controle de infecções; Equipe de assistência ao paciente.

INTRODUÇÃO

A Infecção Hospitalar (IH) é um importante problema de saúde que afeta cerca de 1,5 milhão de pessoas anualmente em todo o mundo. Em termos de incidência, estima-se que a cada 100 pacientes hospitalizados em países em desenvolvimento dez serão acometidos por IH, ocasionando problemas éticos, jurídicos e sociais, além de prolongamento do tempo de internação, aumento de custos relacionados à internação e, em casos mais graves, óbitos (GIROTI *et al.*, 2018).

Os avanços tecnológicos relacionados aos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos, e o aparecimento de organismos multirresistentes aos antimicrobianos usados rotineiramente na prática hospitalar tornaram as IH um grande obstáculo encontrado nas unidades hospitalares (FONSECA & PARCIANELLO, 2014).

A exposição a microrganismos em ocasiões de internação hospitalar, muitas vezes inevitável neste tipo de ambiente, torna o paciente passível a desenvolver processos infecciosos. Nesse sentido, para contornar essa situação, são necessárias medidas para deixar o ambiente hospitalar com menor potencial nocivo e, consequentemente, prevenir e/ou controlar IH (DUTRA *et al.*, 2015).

Desta forma, medidas de controle de infecção têm sido discutidas e recomendadas com objetivo de reduzir ou minimizar a ocorrência das infecções hospitalares e a disseminação da resistência bacteriana. Nesse intuito, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers of Disease Control* – CDC) dos Estados Unidos implementou em 1996, e atualizou em 2007, políticas de precauções de isolamento com ênfase nas Precauções-Padrão (PP). Estas são indicadas para o atendimento de todo e qualquer paciente, independente do seu diagnóstico, e incluem: higienização das mãos, uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), vacinação contra Hepatite B e descarte adequado de objetos perfurocortantes (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Assim, é necessário que todos os profissionais de saúde adotem políticas de biossegurança e educação em saúde, para que se tenha redução de casos de infecção hospitalar (ANDRADE & CASTRO, 2016).

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é relatar as condutas da equipe multiprofissional no controle de infecções hospitalares descritos na literatura científica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que é definida como uma investigação voltada para o aspecto qualitativo de uma determinada questão, nesse caso, as condutas multiprofissionais no controle de infecções hospitalares. A revisão de literatura possibilita investigar temáticas dentro de vários autores e referenciais, sobre discursos e principais temas abordados (PEREIRA *et al.*, 2018).

Para a revisão foram percorridas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos, categorização e avaliação dos artigos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento dos principais resultados evidenciados na análise dos artigos incluídos (MENDES *et al.*, 2008).

O tema determinou a construção da estratégia PICo, que representa um acrônimo para Paciente ou Problema (P), Interesse (I) e Contexto (Co). Nesta pesquisa foi utilizada a seguinte questão norteadora: “Quais condutas são realizadas pela equipe multiprofissional no controle de infecções hospitalares?

O levantamento do estudo foi realizado entre julho e agosto de 2021, através da

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PUBMED.

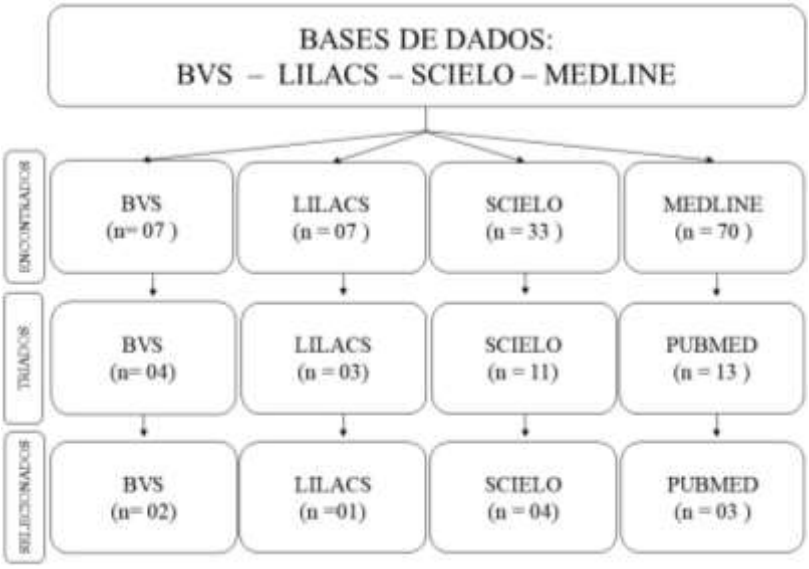
Para a recuperação dos estudos relevantes que respondessem à pergunta da pesquisa, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os *Medical Subject Headings* (MeSH): "Serviços de controle de infecção hospitalar / *Infection Control Services Hospital*, Controle de infecções / *Infection Control* e Equipe de assistência ao paciente / *Patient Care Team*", localizados no portal da Biblioteca Virtual em Saúde em (http://decs.bvs.br/). Tais descritores foram cruzados utilizando o operador booleano "AND" para obtenção de resultados mais precisos que foram avaliados por meio de critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos foram: artigos completos gratuitos publicados nas bases de dados elencadas, apresentados nos idiomas português e inglês, com recorte temporal de 2014 a 2021, estando relacionados com a temática. Foram excluídos, além daqueles artigos contrários aos critérios de inclusão, os estudos duplicados, incompletos, cartas ao editor, resumos, resenhas, monografias, dissertações e teses.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 117 artigos nas bases de dados utilizadas, dos quais 86 foram excluídos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restando 31 publicações. Outros 21 foram excluídos após a leitura do título e resumo, restando dez estudos. Após a leitura na íntegra e avaliação dos artigos, os dez estudos foram selecionados para compor a presente revisão, pois se adequaram ao tema proposto e respondiam ao objetivo da pesquisa. O fluxograma com o detalhamento das etapas de pesquisa está apresentado a seguir na **Figura 3.1**.

Figura 3.1 Fluxograma de identificação e seleção dos artigos, 2021



O **Quadro 3.1** apresenta os estudos selecionados para a composição da presente revisão integrativa da literatura de forma mais detalhada, com informações sobre autor e ano de publicação, objetivo, metodologia e principais resultados.

Quadro 3.1 Distribuição dos artigos selecionados de acordo com autores e ano de publicação, objetivos, metodologia e principais resultados, 2021

Autor/Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados
DALTOÉ *et al.* (2014)	Caracterizar o dimensionamento e as atividades realizadas pelos Serviços de Controle de Infecções Hospitalares.	Estudo transversal no qual foram visitados os 25 hospitais de Porto Alegre (RS), que foram caracterizados quanto a complexidade, capacidade instalada e atividades de controle de infecção realizadas.	Os hospitais apresentaram características assistenciais de serviços especializados, entretanto parcela importante dos serviços encontrava-se subdimensionada em relação à legislação vigente, não realizando, muitas vezes, atividades de prevenção e controle de infecções associadas a serviços de saúde.
ALVIM *et al.* (2020)	Analisar a qualidade da saúde em relação aos componentes de estrutura, processo e resultado nas ações de prevenção e controle de infecções.	Revisão integrativa de literatura nas bases de dados LILACS, Web of Science, Scopus e SciELO. A delimitação de tempo abrangeu artigos publicados entre janeiro de 2009 e maio de 2019.	Em relação ao processo das rotinas implantadas, foram encontradas inconsistências no cumprimento das diretrizes. O componente resultado não foi enfatizado entre os estudos incluídos na revisão.
HOYASHI *et al.* (2017)	Levantar os fatores extrínsecos ao paciente ligados à infecções relacionadas a assistência à saúde e apontar medidas utilizadas por enfermeiros no Controle de Infecção relacionadas a estes fatores.	Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e descritiva, de abordagem qualitativa. Utilizou-se 15 artigos disponíveis nas bases SciELO, LILACS, BVS e Bireme.	Os resultados apontaram que os principais fatores que possibilitam as infecções são a falta da higienização das mãos, o uso indiscriminado de antibióticos, a ausência de manuais de rotinas e procedimentos técnicos e a não adesão às medidas de precaução pela equipe.
FERREIRA *et al.* (2020)	Verificar adesão ao checklist para passagem de cateter venoso central e presença de infecção de corrente sanguínea em pacientes em uma unidade coronária.	Pesquisa transversal com delineamento descritivo e abordagem quantitativa, realizada por meio de da análise de prontuários eletrônicos de pacientes em tratamento clínico internados na unidade coronária de um hospital de ensino.	O checklist de passagem do cateter central foi preenchido corretamente somente por alguns profissionais da equipe médica e enfermagem (14%), não estando em conformidade com o preconizado.
LLAPA-RODRÍGUEZ *et al.* (2018)	Analisar a aderência à higienização das mãos por profissionais de saúde que prestam assistência oncológica e sua correlação com as variáveis categoria profissional, indicação, tipo de conduta e insumo utilizado.	Estudo quantitativo, de corte transversal, com amostra de 1397 oportunidades de observação dos cinco momentos de higienização das mãos em um hospital de oncologia. Os dados foram coletados por meio de um formulário e analisados pelo Graph Pad Prism 5.0.	A aderência à higienização das mãos foi classificada segundo o índice de Carter como sofrível, encontrando-se fora das recomendações preconizadas pela Organização Mundial de Saúde.
SILVA *et al.* (2020)	Elaborar um *bundle* de cuidados para a prevenção e o controle de infecções hospitalares em unidade de emergência, com base no conhecimento e prática dos profissionais de saúde e nas evidências científicas disponíveis na literatura.	Pesquisa convergente assistencial realizada em um serviço de emergência adulto de um hospital geral universitário localizado em uma capital do Sul do Brasil com aplicação de um *Survey* para 52 trabalhadores da equipe multiprofissional.	Emergiram três aspectos mais significativos que compuseram o *bundle* de cuidados: higienização das mãos; uso de equipamentos de proteção individual; e assepsia de materiais e equipamentos.

RIBEIRO *et al.* (2016)	Analisar não conformidades (NC) relacionadas à prevenção, controle de infecções e eventos adversos em hospitais.	Estudo transversal de abordagem quantitativa realizado em 37 hospitais Pro-Hosp avaliados em 2009. Os dados foram coletados dos Diagnósticos Organizacionais e foi feita análise descritiva das NC. Foi realizada uma análise bivariada, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson, para testar a possível relação das NC com as características das instituições.	Foram identificados cinco grupo de NC: Existência e cumprimento de normas; Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares; Uso irracional de antimicrobianos; Capacitação dos profissionais; Outras NC.
RIBEIRO *et al.* (2015)	Identificar a interface entre o processo de trabalho desenvolvido na Central de Materiais Esterilizados e sua relação com o controle de Infecção Hospitalar.	Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. As bases de dados utilizadas foram: Scientific Eletronic Library Online, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Base de Dados da Enfermagem.	A equipe de enfermagem atuante dentro da CME é responsável pela recepção, limpeza, acondicionamento, esterilização, armazenamento e distribuição de materiais para as unidades do estabelecimento de saúde.
DUTRA *et al.* (2015)	Conhecer a produção científica brasileira de enfermagem sobre o controle de infecções hospitalares nos últimos cinco anos.	Revisão integrativa da literatura realizada nas bases CIELO, LILACS e BDENF; observando-se como critérios de inclusão: estudos realizados com seres humanos, publicados no formato de artigos científicos, disponíveis no idioma português e de livre acesso.	O enfermeiro no controle e na prevenção das IH evidencia a necessidade de atualização destes profissionais em relação à temática e reforça a condição de educador e multiplicador de bons hábitos junto à equipe sob sua supervisão. É inerente ao enfermeiro o papel de liderança e cabe a este profissional criar métodos e instituir rotinas que aperfeiçoem seu trabalho promovendo uma assistência menos iatrogênica.
TORRES & TORRES (2015)	Avaliar a importância e as bases de um Programa de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar, a fim de criar ambiente seguro e integrado à atividade profissional diária.	Foi realizada sistematização dos processos essenciais usados em UTI por intermédio de revisão bibliográfica e com base na legislação vigente, com o fim de propor métricas para avaliação dos resultados das medidas instituídas.	O processo de prevenção e controle das infecções em UTI depende da vigilância epidemiológica, da análise das melhorias a serem implantadas, da criação de protocolos, do treinamento e do desenvolvimento da equipe, bem como da reavaliação contínua dos resultados e da divulgação para toda a equipe.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é regulamentada pela Portaria 2.616/98 que norteia todo o sistema nacional de controle de IH. A referida comissão tem como objetivo planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar um programa de controle de infecção hospitalar em toda instituição. É de sua competência, ainda, a elaboração de protocolos específicos para as instituições de saúde, o controle do ambiente hospitalar, a monitorização da resistência bacteriana, além da promoção da educação continuada no serviço de saúde. Desta forma, é importante levar em conta a interação da CCIH com as demais comissões, serviços e profissionais do ambiente hospitalar (DALTOÉ *et al.*, 2014).

Nesse sentido, para que as intervenções da CCIH sejam implementadas de maneira efetiva torna-se indispensável o envolvimento dos

integrantes da equipe multiprofissional, devendo estes se sentirem responsáveis pelo sucesso dos programas de controle de IH e da redução da disseminação de microrganismo resistente, e se envolverem na definição e avaliação de recomendações específicas visando à prevenção e o controle das IH (ALVIM *et al.*, 2020).

Hoyashi *et al.* (2017) citam em seu estudo que o período prolongado de internação é um dos principais fatores que influenciam na aquisição de infecção hospitalar. Atribui-se esta questão aos vários procedimentos invasivos a que são submetidos os pacientes durante o tratamento de doenças. O uso de imunossupressores e a doença de base também tornam o paciente mais vulnerável às complicações. Desta forma, o controle de infecções e a conscientização dos profissionais envolvidos no cuidado direto ao paciente devem ser rigorosos a fim de assegurar a manutenção da segurança no ambiente hospitalar.

O uso constante de dispositivos invasivos eleva consideravelmente o risco de ocorrências de infecções, o que aumenta o risco de óbito a pacientes hospitalizados. Assim, a adesão ao protocolo de higienização das mãos, uso de medidas de precaução padrão, limpeza e desinfecção das superfícies pode estar relacionado a diminuição das ocorrências destas infecções. Além disso, a presença de comorbidades em pacientes, o diagnóstico e a procedência também são fatores que tem influências na IH (FERREIRA *et al.*, 2020).

LLapa-Rodríguez *et al.* (2018) indagam em seu estudo que, para a minimização da transmissão de agentes infecciosos, uma das primeiras escolhas que deve ser adotada pela equipe de profissional é a higienização das mãos. Tal medida é apontada com maior frequência por profissionais, o que chama a atenção para o déficit de conhecimento sobre o assunto entre os fisioterapeutas. Outras medidas como uso de luvas de procedimentos, máscaras, óculos e aventais têm indicações específicas e não eliminam a necessidade da higienização das mãos antes de iniciar o trabalho, antes e após o contato com o paciente e uso de equipamentos, bem como após o contato com secreções, excreções e superfícies contaminadas.

Além da higiene das mãos, outro fator imprescindível na prevenção da transmissão de microrganismos é a utilização dos EPIs no cuidado aos pacientes, que são equipamentos que devem ser usados quando existe o risco de exposição a material biológico e a produtos químicos. Dentre estes podem ser citados: luvas de procedimentos, máscaras de proteção, aventais e óculos (SILVA *et al*., 2020).

É importante que os profissionais de saúde conheçam esses equipamentos e estejam capacitados para seu uso, reconhecendo as situações em que são necessários e os cuidados na manipulação, higienização e descarte dos mesmos, de acordo com as demandas de cada um. A partir do uso indevido, esses equipamentos de proteção podem se tornar objetos de transmissão de microrganismos (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Estudos apontam que a contaminação está presente em equipamentos de uso hospitalar, sendo estes: estetoscópios, aparelhos de esfigmomanômetros, termômetros, cadeiras de rodas, macas, bombas de infusão; e no ambiente, como em telefones e bancadas. A adesão da equipe de saúde às medidas de proteção padrão deve ser realizadas, assim, os materiais e equipamentos utilizados na assistência a pacientes necessitam de higienização antes e após o uso, e os procedimentos empregados para tal devem ser os recomendados pelos fabricantes. Neste sentido, a limpeza e a higienização desses equipamentos e do ambiente contribuem para a diminuição dessas fontes de transmissão de microrga-

nismos e consequentes infecções hospitalares (SILVA *et al.*, 2020).

Outro ponto abordado é o controle do uso de antimicrobiano, sendo um dos pontos mais importantes da CCIH e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), entretanto observa-se que as instituições de saúde realizam esse controle de maneira insuficiente devido a vários fatores, como a resistência de muitos profissionais à orientação, por considerarem que o SCIH está interferindo na sua conduta terapêutica, e o próprio SCIH que, muitas vezes, não pode atuar por questões éticas (RIBEIRO *et al.*, 2015).

A formação dos profissionais envolvidos no trabalho da CCIH dos serviços de saúde é fundamental para atingir e incentivar as equipes de saúde na adoção de atitudes responsáveis em relação à prestação segura de cuidados. Esta prática quando realizada adequadamente propicia a adoção de medidas eficazes para a prevenção das IH e para a interrupção de uma cadeia de atitudes irresponsáveis e equivocadas que colocam em risco a saúde dos pacientes assistidos (DUTRA *et al.*, 2015).

O estímulo à educação continuada da equipe multidisciplinar associa-se à melhoria assistencial e permite reduzir o tempo de internação, a superlotação e as taxas de infecção. A qualidade dos registros da equipe também deve ser prezada como forma de garantir que toda a equipe esteja bem informada sobre as propostas propedêuticas e terapêuticas e como forma de favorecer a qualidade do atendimento sequencial (TORRES & TORRES, 2015).

CONCLUSÃO

Com o presente estudo, constatou-se que as condutas realizadas pela equipe multiprofissional como higienização das mãos, uso adequado de EPI (luvas de procedimentos, máscaras, óculos e aventais), cuidados com equipamentos de uso hospitalar e controle do uso de antimicrobiano são fator de redução de riscos de infecção hospitalar, tanto aos pacientes como aos próprios profissionais.

Neste sentido, é importante que as CCIH das instituições de saúde reafirmem a importância da educação continuada dos profissionais, realizando ações continuadas e sempre reforçando aos profissionais a responsabilidade de minimizar e prevenir as IH e a propagação de microrganismos resistentes. Além disso, dá-se a importância da execução dos programas e dos critérios propostos pela CCIH.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVIM, A.L.S. *et al*. Qualidade dos programas de controle de infecção hospitalar: revisão integrativa. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 41, e20190360, 2020.

ANDRADE, E.S. & CASTRO, A.A.P. A importância da educação em saúde para o controle da infecção hospitalar. Journal of Oral Investigations, v. 3, p. 43, 2016.

DALTOÉ, T. *et al*. Serviços de Controle de Infecção Hospitalar: características, dimensionamento e atividades realizadas. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 12, p. 35, 2014.

DUTRA, G.G. *et al*. Controle de infecção hospitalar: função do enfermeiro. Journal of Research: Fundamental Care Online, v. 7, p. 2159, 2015.

FERREIRA, E.R. *et al*. Adesão ao checklist de cateter venoso central e infecção de corrente sanguínea em uma unidade coronária. Revista Cuidado em Enfermagem, v. 14, p. 132, 2020.

FONSECA, G.G.P. & PARCIANELLO, M.K. O enfermeiro na comissão de controle de infecção hospitalar na perspectiva ecossistêmica: relato de experiência. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 4, p. 1214, 2014.

GIROTI, A.L.B. *et al*. Programas de controle de infecção hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 52, e03364, 2018.

HOYASHI, C.M.T. *et al*. Prevenção e controle de infecções relacionadas a assistência à saúde: fatores extrínsecos ao paciente. HU Revista, v. 43, p. 277, 2017.

LLAPA-RODRÍGUEZ, E.O. *et al*. Aderência de profissionais de saúde à higienização das mãos. Revista de Enfermagem UFPE, v. 12, p. 1578, 2018.

MENDES, K.D.S. *et al*. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 17, p. 758, 2008.

OLIVEIRA, A.C. *et al*. Multiprofissional team's perception about infection control activities in a large hospital. Revista de Enfermagem UFPE, v. 2, p. 247, 2008.

PEREIRA, A.S. *et al*. Metodologia da pesquisa científica. Santa Maria: UFSM, 2018.

RIBEIRO, H.C.C.T.C. *et al*. Não conformidades em hospitais relacionadas à prevenção, controle de infecções e eventos adversos. Revista de Enfermagem UFPE, v. 10, p. 3344, 2016.

RIBEIRO, J.M. *et al*. Central de materiais esterilizados e controle de infecção hospitalar: uma revisão narrativa. Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde, v. 1, p. 143, 2015.

SILVA, J.K.C. *et al*. *Bundle* de cuidados para a prevenção e o controle de infecção hospitalar em serviço de emergência adulto. Journal of Research: Fundamental Care Online, v. 12, p. 176, 2020.

TORRES, R.A. & TORRES, B.R. Importância e bases de um programa de controle e prevenção de infecção em unidade de terapia intensiva geral. Revista Médica de Minas Gerais, v. 25, p. 577, 2015.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 4

A EFICÁCIA DA ESTIMULAÇÃO NÃO INVASIVA DO NERVO VAGO NO TRATAMENTO DA CEFALEIA EM SALVAS

AUTORES

SARAH CARVALHO RIBEIRO[1]
MARINA MARTINS DE OLIVEIRA[1]
LARISSA VITORIA DORNELAS[1]
JÚLIA FREITAS RODRIGUES[1]
FERNANDA RODRIGUES MARTINS[1]
IASMIM VERÔNICA REZENDE RICARDO DO CARMO[1]
MATHEUS ESQUERDO GOMES[1]
JOÃO VICENTE LINHARES RODRIGUES[2]

FILIAÇÃO

1. Discente – Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA).
2. Docente – Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA).

Palavras-chave: Cefaleia em salvas; Tratamento; Eficácia.

INTRODUÇÃO

A cefaleia em salvas (CS) tem prevalência mundial de aproximadamente 1 em cada 1000 indivíduos (GAUL *et al.*, 2016). Trata-se de um distúrbio primário de dor de cabeça, incapacitante, caracterizado por exacerbações intensas, unilaterais, que duram de 15 a 180 minutos (SILBERSTEIN *et al.*, 2016). Essas exarcebações são acompanhadas de sintomas transitórios de agitação ou inquietação e sintomas autonômicos cranianos como lacrimejamento, rinorreia, injeção conjuntival, miose, ptosis e edema periorbital (GOADSBY *et al.*, 2019), sendo que a dor é descrita pelos pacientes como a pior dor que se pode experimentar (GAUL *et al.*, 2016).

A fisiopatologia das dores da CS ainda é mal compreendida, mas argumentos destacam o hipotálamo como gerador central da doença (FONTAINE *et al.*, 2010). Também foi sugerida a liberação de neuropeptídios e óxido nítrico tanto central (hipotalâmico) quanto distalmente (nervo trigêmeo) (SAPER *et al.*, 2002). A dor e os sintomas autônomos são atribuídos à ativação de um reflexo trigeminoparassimpático que é mediado através do gânglio esfenopalatino, um alvo bem reconhecido de intervenção terapêutica da neuromodulação (BARLOESE *et al.*, 2016).

Segundo Silberstein *et al.* (2016) e Goadsby *et al.* (2018), a Classificação Internacional de Distúrbios da Dor de Cabeça (ICHD) reconhece subtipos clinicamente distintos: a CS classificada como episódica (eCS) tem períodos críticos que duram entre uma semana e um ano, e intervalo livre de salvas ≥ um mês, enquanto a CS crônica (cCS) tem períodos de ataque ≥ um ano sem remissão ou com remissão durando < um mês.

A CS reduz significativamente a qualidade de vida dos pacientes, cursa com incapacidade durante os períodos de salvas ativas e os indivíduos têm graves consequências sociais e econômicas, incluindo invalidez, desemprego e tendências suicidas (BARLOESE *et al.*, 2016). Além disso, por ser considerada a mais dolorosa dor de cabeça primária, qualquer terapia que possa reduzir sua frequência deve ser considerada valiosa (SAPER *et al.*, 2002).

O tratamento padrão é a terapia abortiva com oxigênio inalado e triptano subcutâneo para reduzir a gravidade e duração dos ataques de CS (GAUL *et al.*, 2017) e a profilaxia com verapamil e/ou lítio (HOLLE *et al.*, 2013). Entretanto, segundo Barloese *et al.* (2016), muitos pacientes são subtratados devido aos riscos e efeitos colaterais das medicações que têm benefício limitado principalmente em pacientes com crises recorrentes.

Neste contexto, a neuromodulação é uma opção de tratamento promissora que pode melhorar os sintomas de pacientes com tratamento insuficiente. A estimulação do nervo vago (VNS) é uma técnica de neuromodulação que afeta várias vias centrais, incluindo aquelas envolvidas na CS (SILBERSTEIN *et al.*, 2016). Historicamente, os dispositivos VNS aprovados foram implantados cirurgicamente, enquanto, mais recentemente, os métodos de estimulação não invasiva do nervo vago (nVNS) foram projetados para evitar os riscos das abordagens invasivas (GOADSBY *et al.*, 2019).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi investigar e analisar, mediante uma revisão sistemática, a eficácia da nVNS no tratamento da CS, bem como demonstrar sua superioridade quando comparada com outros tratamentos para CS.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada no período de setembro de 2020 a maio de 2021, por meio de buscas na base de dados PubMed (*National Library of Medicine*). O presente estudo utilizou, para formulação da frase de pesquisa, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), determinando as seguintes palavras-chave: *Cluster Headaches*; *Treatment*; *Eficacy*. As variações das palavras-chave anteriormente apresentadas foram consultadas mediante o MeSH (*Medical Subject Headings*).

Os critérios de inclusão foram: relevância, idioma e espécie em estudo.

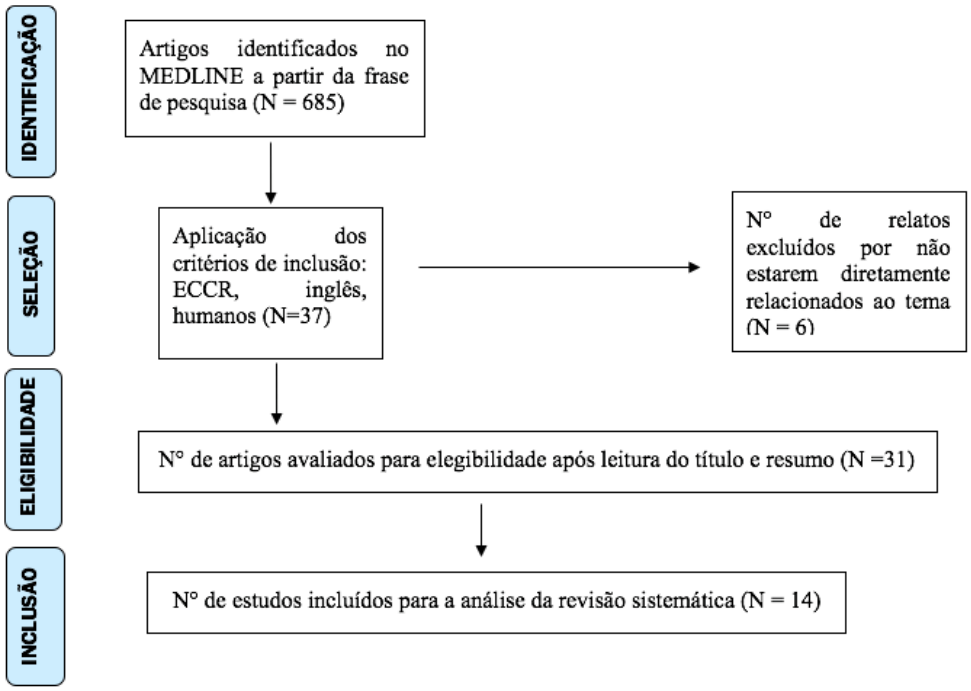
Objetivando selecionar os estudos com maior relevância clínica e evidência científica, foram contemplados apenas os ensaios clínicos controlados e randomizados (ECCR). Os critérios de exclusão foram: falta de clareza nas intervenções ou no processo de randomização e inadequação à temática da pesquisa. Os critérios de inclusão e exclusão aplicados estão expostos no **Quadro 4.1.**

Com o intuito de melhorar o relato dessa revisão, foi utilizada a Escala PRISMA, como especificado no **Quadro 4.2.**

Quadro 4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	
Delineamento:	Ensaio clínico controlado e randomizado.
Língua:	Inglês
Espécie:	Humanos
Critérios de exclusão	
Delineamento:	processo de randomização pouco claro.
Intervenção:	Intervenções pouco claras ou inadequadas ao foco do presente estudo.

Quadro 4.2 Escala PRISMA



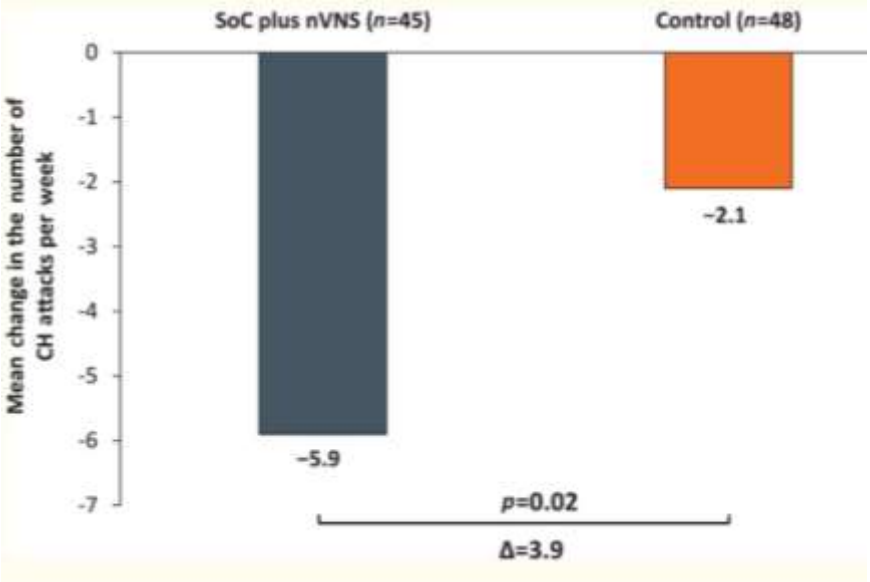
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos analisados foram publicados em periódicos internacionais. Os 31 estudos recuperados são artigos de ensaio clínico controlado e randomizado, totalizando 804 pacientes com idade entre 18 e 70 anos. O mais recente estudo foi publicado no ano de 2018 e o mais antigo em 2004.

Ao investigar, esses estudos determinaram inúmeros aspectos positivos e impactantes naqueles com eCS, cursando com uma redução no número de ataques por semana, e com tempo de alívio inferior a 15 minutos sem o uso de medicações de alívio quando comparados àqueles que realizaram somente o tratamento convencional. A terapia mostrou-se impactante no aspecto econômico devido à redução no custo do tratamento e, ainda, por ser uma possibilidade de terapia profilática para pacientes com CS (GOADSBY *et al.*, 2019).

Ademais, ao analisar a VNS como tratamento adjuvante ou de primeira linha para cCS, os indivíduos da população com intenção de tratar com o tratamento padrão (*Standard of Care* – SoC) mais nVNS (n = 45) tiveram uma diminuição drástica no número de ataques por semana quando comparados com aqueles do controle (n = 48), obtendo um ganho terapêutico médio de 3,9 menos ataques por semana (p = 0,02), como demonstra o **Gráfico 4.1.** Vale ressaltar que com o uso contínuo do nVNS (n = 30) associado houve uma queda adicional, ainda maior, de dois ataques de CS por semana (p < 0,001) (GAUL *et al.*, 2016).

Gráfico 4.1 Superioridade do tratamento com nVNS quando comparado à SoC com nVNS



Fonte: Gaul *et al.* (2016).

Em um dos maiores estudos randomizados controlados para tratamento de CS, os resultados foram favoráveis com a nVNS no tratamento de eCS quando comparado ao tratamento *sham* (34,2% e 10,6% respectivamente) (P = 0,008). Porém, apresentou uma baixa resposta no tratamento de cCS quando comparado ao *sham* (13,6% vs. 23,1%, respectivamente) (P = 0,48). Embora tais resultados tenham afetado a análise da população total, o tratamento com nVNS mostrou-se promissor no tratamento de eCS já que as taxas de resposta sustentadas foram significativamente maiores (SILBERSTEIN *et al.*, 2016).

Segundo Gaul *et al.* (2017), um total de 97 pacientes com cCS foram aleatoriamente desig-

nados para receber nVNS + SoC (n = 48) ou SoC sozinho (n = 49), sendo assim o SoC profilático foi constituído pelos seguintes medicamentos: verapamil, lítio, topiramato e corticoides. Dos 92 pacientes que continuaram na fase de extensão, 44 continuaram a receber nVNS + SoC e 48 mudaram de SoC sozinho para nVNS + SoC. Ao analisar as respostas dos tratamentos, a terapêutica nVNS + SoC obteve uma frequência média de ataque semanal substancialmente menor quando comparado a terapêutica SoC sozinho, da semana 2 da fase randomizada até a semana 3 da fase de extensão ($P < 0,02$), mantendo uma estabilidade na fase de extensão.

Ao final da fase randomizada, uma parcela significativamente maior de pacientes do grupo nVNS + SoC obteve uma redução acima de 25% na frequência de ataques desde o início. Apenas 8% dos pacientes deste grupo tiveram uma redução de 100% na frequência de ataques, ao passo que nenhum paciente que recebeu SoC sozinho obteve uma resposta de 100%. Por fim, não ocorreram eventos colaterais graves relacionados à terapêutica (GAUL *et al.*, 2016).

Segundo Speciali *et al.* (2018), a cefaleia em salvas é a cefaleia trigêmino-autonômica mais frequente, com início geralmente após os 20 anos e evolução em surtos que duram de um a três meses (salvas). O paciente pode ter até oito crises por dia e, inclusive, ser despertado à noite devido à crise. Geralmente, o tempo de duração das crises é limitado, durando, aproximadamente, até 180 minutos. O quadro clínico é típico, com dor excruciante, unilateral e alterações autonômicas. Ademais, cursa com hiperemia conjuntival e/ou lacrimejamento, congestão ocular e nasal, rinorreia, edema palpebral, rubor facial, miose e/ou ptose ipsilaterais, além da sensação de inquietude e agitação. Felizmente, o paciente pode ficar meses ou anos sem crises.

Por definição, a cCS são períodos de crise ≥ um ano sem remissão ou com remissão, durando < um mês. A European Headache Federation recomendou a inclusão de uma subclassificação para cCS refratária devido aos pacientes com cCS que são refratários à terapia profilática e menos propensos a responder a terapias agudas do que aqueles com eCS (GOADSBY *et al.*, 2019).

As formas refratárias ao tratamento farmacológico podem se beneficiar com estimulação cerebral profunda, estimulação do nervo vago (VNS) ou do grande nervo occipital (MONTEIRO *et al.*, 2009). Os mecanismos subjacentes aos efeitos da nVNS no tratamento da cefaleia não são totalmente elucidados, porém, segundo Goadsby *et al.* (2018), estudos recentes de modelos de ratos de nocicepção trigeminovascular sugerem que a eficácia da nVNS está relacionada com a modulação de neurônios trigeminocervicais nociceptivos por meio de projeções diretas e incitação de estruturas bilaterais implicadas na modulação descendente das entradas nociceptivas**.**

A CS é uma das raras causas responsáveis por suicídios em casos de cefaleias e a sua cronicidade pode levar a depressão, a angústia, a ansiedade, ao cansaço e ao consumo exacerbado de analgésicos (PARREIRA *et al.*, 2006). Assim, faz-se necessário um tratamento eficaz, principalmente nas formas refratárias ao tratamento farmacológico, através da nVNS (MONTEIRO *et al.*, 2009).

Segundo Mwamburi *et al.* (2017), estudos demonstraram que pacientes portadores de CS, em sua maioria, apresentam diversas comorbidades e, com isso, o custo do sistema de saúde se eleva. A terapia com nVNS apresentou redução importante no número de ataques semanais de CS e, assim, redução no número de consultas médicas, melhora na qualidade de vida do paciente e, a longo prazo, pode estar

associada a economia nos custos do paciente. Além disso, a terapia diminui o consumo de medicamentos, aumenta a adesão e o monitoramento, garantindo o sucesso desse tratamento. Ademais, o perfil de segurança e tolerância da nVNS evitou atrasos no alívio da dor, como observado em pacientes em uso de verapamil que necessitam de uma titulação gradual para reduzir o risco de bloqueio atrioventricular de terceiro grau (GAUL *et al.*, 2016).

Como uma opção não farmacológica, a nVNS pode ser usada junto com outros tratamentos e pode ser facilmente incorporada em regimes terapêuticos. A terapia aguda ideal para ataques de CS deve fornecer alívio rápido dos sintomas com eventos adversos (EAs) mínimos. Devido à sua boa eficácia, triptanos, subcutâneos, intranasais e oxigênio inalado são os pilares dessa terapia, porém são limitados por questões de dosagem, tolerabilidade e praticidade (GOADSBY *et al.*, 2019). Além disso, o octreotido subcutâneo 100 μg, um análogo da somatostatina, é eficaz no tratamento agudo da cefaleia em salvas quando comparado com o placebo (MATHURU *et al*., 2004). Já os pacientes refratários com cCS podem ser tratados por estimulação cerebral profunda (DBS), que pode agir tanto em um gerador local de cefaleia em salvas ou não especificamente através de sistemas antinocioceptivos (FONTAINE *et al.*, 2010).

Os tratamentos profiláticos para CS com verapamil e lítio também são utilizados com frequência, porém apresentam EA que podem exigir monitoramento rigoroso o que, por sua vez, pode incorrer em custos substanciais. O verapamil em altas doses está associado a efeitos cardiovasculares graves e letargia. Já os EA da terapia com lítio incluem tremor, hipotireoidismo e disfunção renal (GAUL *et al.*, 2017). Segundo Goadsby *et al*. (2018), outras terapias neuromodulatórias, como a estimulação do gânglio esfenopalatino, estão se tornando mais estabelecidas, enquanto a abordagem menos recente da estimulação do nervo occipital apresenta muitos desafios práticos.

A nVNS foi superior à simulação em pacientes com eCS para taxas sem dor, taxas de resposta e diminuições na intensidade da dor, enquanto foi ineficaz em todos os desfechos em pacientes com cCS. A anatomia do cérebro difere entre pacientes com cCS, indivíduos saudáveis e pacientes com eCS, enquanto a dor e os limiares sensoriais estudados com testes sensoriais quantitativos não são diferentes entre eCS e Ccs. Vários estudos anteriores ressaltam inúmeras vantagens potenciais da nVNS, levando em consideração as questões de tolerabilidade, dosagem e/ou praticidade associadas aos tratamentos disponíveis atualmente. A nVNS é uma estratégia não invasiva segura, bem tolerada, eficaz e de fácil uso no tratamento agudo de CS o que gerou respostas clinicamente significativas dentro de 15 minutos em pacientes com eCS (GOADSBY *et al*. (2019).

Ademais, a nVNS é útil em ambientes clínicos onde o uso das opções atuais de tratamento agudo se torna desafiador devido ao risco de uso medicamentoso excessivo, ao desejo de minimizar EA ou a incapacidade de tratar em tempo hábil (SILBERSTEIN *et al.*, 2016). Vale ressaltar que a cCS também necessita de terapias alternativas em decorrência dos riscos associados a implantação dos dispositivos de neuromodulação disponíveis atualmente e dos efeitos colaterais dos medicamentos profiláticos. Assim, a nVNS pode ser facilmente incorporada aos protocolos de tratamento existentes de pacientes com cCS (GAUL *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

A CS apresenta-se com quadro clínico de dor lancinante que incapacita o paciente de exercer suas atividades diárias. Cada crise tem duração média de 180 minutos e os pacientes podem apresentar até oito crises por dia. Inúmeros pacientes manifestam episódios de autoagressão a fim de aliviar a crise dolorosa. A terapia nVNS é um método seguro – no que diz respeito aos efeitos indesejados – bem tolerado, não invasivo e representa uma nova opção de tratamento para CS. Até o presente momento, a associação deste às terapias atuais trouxe um impacto positivo sobre a qualidade de vida dos pacientes, além da redução nos riscos das interações medicamentosas e dos efeitos adversos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARLOESE, M.C. *et al.* Cluster headache attack remission with sphenopalatine ganglion stimulation: experiences in chronic cluster headache patients through 24 months. Journal of Headache and Pain, v. 17, p. 67, 2016.

FONTAINE, D. *et al.* Localização anatômica de eletrodos eficazes de estimulação cerebral profunda em dor de cabeça de cluster crônico. Cérebro, v. 133, p. 1214, 2010.

GAUL, C. *et al.* Non-invasive vagus nerve stimulation for PREVention and Acute treatment of chronic cluster headache (PREVA): a randomised controlled study. Cephalalgia, v. 36, p. 534, 2016.

GAUL, C. *et al.* Effects of non-invasive vagus nerve stimulation on attack frequency over time and expanded response rates in patients with chronic cluster headache: a post hoc analysis of the randomised, controlled PREVA study. Journal of Headache and Pain, v. 18, p. 22, 2017.

GOADSBY, P.J. *et al.* Non-invasive vagus nerve stimulation for the acute treatment of episodic and chronic cluster headache: A randomized, double-blind, sham-controlled ACT2 study. Cephalalgia, v. 38, p. 959, 2018.

GOADSBY, P.J. *et al.* Trial of Galcanezumab in Prevention of Episodic Cluster Headache. New England Journal of Medicine, v. 381, p. 132, 2019.

HOLLE, D. *et al.* Study protocol of Prednisone in episodic Cluster Headache (PredCH): a randomized, double-blind, placebo-controlled parallel group trial to evaluate the efficacy and safety of oral prednisone as an add-on therapy in the prophylactic treatment of episodic cluster headache with verapamil. BMC Neurology, v. 13, p. 99, 2013.

MATHURU, M. *et al.* Subcutaneous octreotide in cluster headache: Randomized placebo-controlled double-blind crossover study. Annals of Neurology, v. 56, p. 488, 2004.

MONTEIRO, J.M.P. *et al.* Recomendações terapêuticas para cefaleia. Sinapse, v. 9, 2009.

MWAMBURI, M. *et al.* Review of non-invasive vagus nerve stimulation (gammaCore): efficacy, safety, potential impact on comorbidities, and economic burden for episodic and chronic cluster headache. American Journal of Managed Care, v. 23, S317, 2017.

PARREIRA, E. *et al.* Cefaleia em salvas: fisiopatogenia, clínica e tratamento. Revista Portuguesa de Clínica Geral, v. 22, p. 471, 2006.

SAPER, J.R. *et al.* Intranasal civamide for the treatment of episodic cluster headaches. Archives of Neurology, v. 59, p. 990, 2002.

SILBERSTEIN, S.D. *et al.* Non-Invasive Vagus Nerve Stimulation for the ACute Treatment of Cluster Headache: Findings From the Randomized, Double-Blind, Sham-Controlled ACT1 Study. Headache, v. 56, p. 1317, 2016.

SPECIALI, J.G. *et al.* Protocolo Nacional para Diagnóstico e Manejo das Cefaleias nas Unidades de Urgência do Brasil. [S.l.: s.n.], 2018.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 5

A PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL IMPLANTOSSUPORTADA: UM ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO E BIOPSICOSSOCIAL

AUTORES

DANIEL ANTÔNIO UVO MARIANO[1]
EMILLY DUTRA AMARAL MEGGIOLARO[2]
VALDIR CABRAL ANDRADE[3]
SANDRO RENÊ DARÓZ[4]

FILIAÇÃO

1. Graduado – Odontologia pela FAESA.
2. Discente – Odontologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (Campus Governador Valadares).
3. Docente – Departamento de Odontologia da Universidade de Juiz de Fora (Campus Governador Valadares).
4. Orientador – Escola Latino Americana de Odontologia.

Palavras-chave: Prótese bucomaxilofacial; Reabilitação; Odontologia.

INTRODUÇÃO

A tentativa do ser humano de restaurar aloplasticamente a região bucomaxilofacial é tão antiga quanto a formação das civilizações. Escavações arqueológicas têm revelado múmias egípcias com estruturas artificiais, como olhos. Da Era dos Fenícios, cinco séculos antes de Cristo, até hoje, houve o homem busca restaurar os defeitos da face, seja por estética ou saúde, focando na função. Portanto, o ato de reconstituição da face passou a significar um resgate de identidade do indivíduo (SIMÕES *et al.*, 2008).

As próteses são importantes aparelhos para a reabilitação, entretanto, para o seu sucesso, é essencial que haja tecido para ancoragem e estabilidade o que não acontece, muitas vezes, em pacientes oncológicos por exemplo. O prognóstico supracitado é melhorado com maior estabilidade e retenção para a prótese por meio de estudos da osseointegração (GOIATO *et al.*, 2007).

Reabilitar pacientes com deformidades craniofaciais, congênitas ou adquiridas, é um desafio para as equipes multiprofissionais. Por isso, a utilização de implantes osteointegráveis como componente de sustentação de próteses orais e maxilofaciais proporcionou uma nova alternativa de reabilitação (ANTUNES *et al.*, 2008).

Uma das principais causas dessas deformidades são as lesões neoplásicas malignas, das quais a grande maioria (85%) dos diagnósticos é realizada em fase avançada da doença. O princípio básico da terapêutica oncológica é a realização de cirurgia com a ressecção tumoral com ampla margem de segurança, podendo ser indicado tratamento complementar de radioterapia e/ou quimioterapia que pode levar a alterações funcionais na fonoarticulação, na mastigação, na deglutição e na respiração devido à perda de estruturas orais e faciais (GOIATO *et al.*, 2007).

Sabe-se que a prótese bucomaxilofacial é a especialidade odontológica que abrange a confecção de próteses intra e extrabucais para pacientes que influencia diretamente na autoestima e qualidade de vida, possibilitando a reinserção do paciente na sociedade.

O objetivo deste estudo foi apresentar a prótese bucomaxilofacial como uma opção viável de material para reconstituição facial, levando em conta os indivíduos mais indicados para este tipo de tratamento, que são os pacientes oncológicos, pacientes com malformações congênitas e aqueles que sofreram alguma ablação tecidual por trauma.

MÉTODO

Realizou-se o levantamento bibliográfico através dos buscadores “prótese bucomaxilofacial”, “Reabilitação”, “Odontologia” e “Prótese Implantossuportada”. A estratégia de busca também contou com os operadores booleanos “and” e “or” nas bases de dados SciELO e PubMed.

Selecionou-se artigos de 1999 a 2017. Como critério de elegibilidade, incluiu-se: estudos dentro do período de tempo supracitado, com seres humanos e que fossem pertinentes ao tema da pesquisa. Excluiu-se aqueles trabalhos que não atendiam aos critérios acima.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste levantamento bibliográfico (**Quadro 5.1**), buscou-se apresentar a prótese bucomaxilofacial como uma opção viável de material para reconstituição facial, levando em conta os indivíduos mais necessitados deste tipo de tratamento, que são os pacientes oncológicos, pacientes com malformações congênitas e aqueles que sofreram algum tipo de trauma

físico. Através da revisão bibliográfica, foi possível observar que, de maneira geral, os autores tratam deste tema com um olhar cuidadoso, porém positivo, apresentando poucas ressalvas. Em nenhum momento, entre os artigos selecionados, foram tecidas observações contraindicando o tratamento.

Quadro 5.1 Resultados da pesquisa bibliográfica

Autor	Conclusões
GRANSTRÖM *et al.* (1999)	Inserção de implantes em ossos que passaram por radioterapia está associada a uma maior taxa de insucesso, entretanto o tratamento associado na câmara hiperbárica pode ajudar a reduzir essas perdas.
SCHOEN *et al.* (2001)	As próteses faciais implantadas são mais bem toleradas que as próteses adesivas retidas e oferecem uma melhora na qualidade de vida do paciente. A radioterapia não é uma contraindicação para o uso de implantes osseointegrados na região maxilofacial, mas a perda de implantes é maior do que em locais não irradiados.
ALVI *et al.* (2002)	A retenção magnética é uma opção confiável quando usada em pacientes apropriadamente selecionados e com ancoragem necessária para a estabilidade da prótese.
MALET *et al.* (2003)	O estudo avaliou o aspecto estético e funcional das cavidades receptoras do novo implante, bem como as complicações relacionadas a ele ou a técnica cirúrgica utilizada para implantação. Concluiu-se que ainda é necessário um estudo multicêntrico com maior controle do tempo pós-operatório para uma avaliação mais detalhada.
GRANSTRÖM *et al.* (2005)	A terapia hiperbárica diminuiu o número de perdas de implantes osseointegrados instalados em pacientes com câncer. Em conclusão, os autores elucidam que a sobrevivência dos implantes em pacientes que passaram por radioterapia é tão alta e favorável que é recomendada. Ainda assim, o profissional deve entender os riscos de atender tais pacientes.
SOUSA (2006)	O estudo investigou a eficácia em longo prazo dos sistemas de retenção para próteses auriculares denominadas barra/clip e magnetos por meio de ensaios mecânicos. Em conclusão, os sistemas de retenção barra/clip proporcionam maiores retenções do que os sistemas que utilizam magnetos.
SCHEPERS *et al.* (2006)	Neste estudo retrospectivo, foi avaliada a sobrevida de implantes dentários colocados durante cirurgia ablativa na região interforaminal da mandíbula edêntula original em pacientes com carcinoma de células escamosas da cavidade oral levando em consideração à radioterapia pós-operatória. Como conclusão, observou-se que a radioterapia pós-operatória não afeta a osseointegração dos implantes dentários colocados durante a ablação do tumor.
BOTTINI *et al.* (2008)	Bottini *et al.* (2008) apresentaram sua experiência com o uso de implantes extraorais para a reconstrução de orelhas em pacientes que sofreram queimaduras. Em sua conclusão, os autores relataram acreditar que os implantes de ancoragem óssea para o tratamento de queimaduras auriculares são uma técnica válida e brilhante que complementa os procedimentos reconstrutivos tradicionais. As vantagens são a baixa incidência de complicações a longo prazo e a possibilidade de obter excelentes resultados estéticos e duradouros, mesmo para casos muito complicados que não teriam sido resolvidos no passado.
GOIATO *et al.* (2007)	De acordo com a revisão apresentada pelos autores é possível observar que a utilização de implantes nas reabilitações craniofaciais tem influência direta na autoestima e qualidade de vida do paciente, possibilitando sua reinserção na sociedade. O sucesso do tratamento está diretamente relacionado com o planejamento do caso.
ROSA (2007)	Em sua conclusão, a autora relata que a maioria dos pacientes usa próteses faciais com retenção por adesivo por possuírem baixo custo e resultados rápidos. Além disso, aponta que o paciente não precisar se submeter a uma cirurgia e que os implantes são indicados quando o paciente vive num clima quente e úmido e não tenha feito radioterapia. Há evidências de que o adesivo pode causar irritações na pele quando seu uso é prolongado, principalmente em pacientes oncológicos. Concluiu também que a terapia de oxigenação hiperbárica está relacionada com a diminuição da perda de implantes por falta de integração, que há evidências negativas sobre a radioterapia da osseointegração e que há indicação de tomografia para avaliação de espessura óssea mínima (3mm).

GENTILE *et al.* (2008a)	Gentile *et al.* (2008a) fizeram um estudo onde demonstraram sua experiência utilizando implantes extraorais para a reconstrução de orelhas malformadas. Em conclusão, os autores elucidaram que a prótese implantossuportada é uma válida e excelente técnica que pode complementar as outras técnicas reconstrutivas. A vantagem de usar a prótese implantossuportada é a baixa incidência longitudinal de complicações e a possibilidade de conseguir excelentes resultados estéticos, mesmo em casos complicados que não puderam ser resolvidos no passado. Por fim, os autores não notaram nenhum tipo de complicação, como sangramento e infecções, no período pós-operatório.
GENTILE *et al.* (2008b)	Os autores concluíram que a prótese implantossuportada é uma válida e excelente técnica que pode complementar as outras técnicas reconstrutivas. A vantagem de usar prótese implantossuportada é a baixa incidência longitudinal de complicações e a possibilidade de conseguir excelentes resultados estéticos, mesmo em casos complicados que não puderam ser resolvidos no passado. As complicações cirúrgicas no caso dos queimados são sangramentos subcutâneos, necrose da pele e exposição cartilaginosa. Por fim, nenhuma complicação foi detectada no período pós-operatório.
SIMÕES *et al.* (2008)	Para os autores, bons resultados estéticos e funcionais dependem diretamente do juízo correto do profissional, desde a escolha de materiais adequados até a adoção de corretas técnicas laboratoriais associadas. Resultados satisfatórios trabalham os aspectos emocionais do paciente mutilado, auxiliando para uma reabilitação quase sempre de alta complexidade. Desta forma, a Odontologia desempenha um papel indispensável na atual sociedade para a reabilitação de pacientes que necessitam desse tipo de tratamento complexo.
GUMIEIRO *et al.* (2009)	A técnica cirúrgica para a reabilitação com próteses auriculares implantossuportadas parece ser simples e está associada a baixos índices de reações cutâneas adversas e complicações no longo prazo. As próteses ancoradas por implantes osseointegrados parecem proporcionar melhor retenção do que as próteses suportadas nas armações de óculos, menor possibilidade de descoloração pelo uso de adesivos e melhores resultados estéticos do que as próteses ancoradas na cavidade cirúrgica.
MARCOS (2010)	A reabilitação das deformidades maxilofaciais utilizando próteses retidas por implantes osseointegrados é uma alternativa superior aos métodos convencionais. Isso porque os implantes proporcionam melhor retenção e adaptação, evitando o uso de acessórios (óculos e tiaras), reduzindo o peso da prótese e oferecendo maior segurança para convívio social, além de elevar a autoestima do paciente.
JAVED *et al.* (2010)	Neste estudo, os autores concluíram que os implantes dentários podem se osseointegrar e permanecer funcionalmente estáveis em pacientes submetidos ao tratamento do câncer bucal.
MELLO *et al.* (2012)	Para os autores, alternativas para cirurgias reconstrutivas e reabilitação protética poderiam ser realizadas, como transplantes faciais parciais ou totais, pois os resultados a longo prazo e os possíveis efeitos colaterais ainda não estão claros. Os autores também relatam que um paciente que foi reabilitado com prótese implantossuportada não está excluído de receber em um futuro transplante ou enxerto facial.
GOIATO *et al.* (2013)	Os implantes zigomáticos proporcionam melhor retenção e adaptação, fazendo com que as próteses bucomaxilofaciais adquiram novas perspectivas. Estes implantes permitem orientação e suporte para o aparelho protético. Os autores elucidam que este tipo de implante possui bons relatos na literatura, surgindo como possibilidade para pacientes com deformidades craniofaciais.
ARIANI *et al.* (2013)	Em sua conclusão, os autores ressaltaram que a indústria muitas vezes não se interessa em cooperar com os médicos. Os profissionais de prótese bucomaxilofacial devem convencer os técnicos e fabricantes de que tais desenvolvimentos melhorarão muito a qualidade de vida dos pacientes.
NOOH (2013)	Nooh (2013), em sua conclusão, aponta que o tempo da radiação, em relação a colocação dos implantes (radiação antes ou após a implantação), não tem efeitos significativos na sobrevivência dos implantes, porém os locais de colocação do implante afetam significativamente sua sobrevivência obtendo melhores taxas em mandíbula do que em maxila e ossos enxertados.

COBEIN (2014)	As próteses retidas por implantes superam os sistemas convencionais. A perda dos implantes foi baixa nos estudos analisados apesar do tempo de acompanhamento ser relativamente curto e dos protocolos distintos de tratamento. A idade adulta entre a quarta e quinta década de vida foi a de maior prevalência. A etiologia mais incidente são as neoplasias. Os sistemas osseointegrados fixados por implantes por retenção barra/clip se localizam mais na região auricular e por retenção magnética nas regiões nasal e orbital.
PEREIRA (2014)	A reabilitação dos defeitos maxilares ainda é um verdadeiro desafio para a equipe multidisciplinar que acompanha o paciente. Apesar de existir uma grande controvérsia nessa temática quanto ao tipo de reabilitação ideal, é colocado que não existe apenas um tipo de opção reabilitadora para esse tipo de paciente, sendo diverso o leque de opções. Entretanto, para os pacientes que tem uma exigência estética e funcional mais elevada a prótese implantossuportada é uma boa opção.
GOIATO *et al.* (2007)	Os implantes zigomáticos proporcionam melhor retenção e adaptação, fazendo com que as próteses bucomaxilofaciais adquiram novas perspectivas. Esse tipo de implante permite orientação e suporte para o aparelho protético. Por fim, concluem que está bem relatado na literatura o sucesso do procedimento, surgindo como possibilidade de tratamento.
NEMLI *et al.* (2014)	A prótese implanto-retida aumenta a confiança do paciente e a sensação de segurança na vida social, o que proporciona uma alta satisfação com as próteses mesmo com o limitado tempo de vida do silicone usado para a sua confecção, melhorando a qualidade de vida do paciente. No entanto, em pacientes com anatomia óssea anormal, a colocação dos implantes em posição mais baixa do que o ideal pode ser necessária. Nestes casos, são necessárias modificações nos desenhos das próteses. Apesar do tempo de vida limitado do material de silicone, as próteses implanto-retidas fornecem uma opção satisfatória para pacientes com defeitos auriculares.
VIDYASANKARI *et al.* (2014)	Fabricar uma prótese bucomaxilofacial e é algo demorado, trabalhoso e artístico. Uma prótese bucomaxilofacial de boa retenção, fácil de usar e fácil de remover é a chave para uma reabilitação protética bem-sucedida. Três técnicas diferentes de fabricação de próteses orbitais são descritas elaboradamente, juntamente com os prós e contras de cada procedimento. As diferentes formas de retenção da prótese também foram descritas no artigo. As vantagens desses métodos são melhor retenção, restauração da função, custo-efetividade, tolerância aos tecidos, estética e conforto para uso e desgaste. Assim, o efeito positivo como resultado do uso da prótese orbitária para uma face desfigurada sem dúvida melhorou a qualidade de vida do paciente.
MORALES (2010)	Existem distâncias aceitáveis para instalação de implantes extrabucais com o mínimo de 5 mm de comprimento nas regiões periorbitárias, 3 mm de comprimento nas regiões perinasais e periauriculares e 7 mm de comprimento no osso zigomático.
COTO *et al.* (2017)	Técnicas de retenção mecânica ou adesiva são as menos trabalhosas e não possuem contraindicação. Quando é possível o uso de implantes ósseointegrados, existe um sistema que é mais comum para cada região da face e a escolha do sistema mais adequado é determinada principalmente por dois fatores, prática e habilidades do cirurgião e do protesista.

Nemli *et al.* (2014) apresentaram um relato de caso de uma reconstrução de orelhas de uma paciente do sexo feminino portadora da Síndrome de Treacher Collins. Esta paciente apresentava orelhas completamente anóticas bilateralmente, hipoplasia do complexo zigomático e maxilar e fissuras palpebrais descendentes. Em sua conclusão, os autores demonstraram que a prótese implanto-retida aumenta a confiança do paciente e a sensação de segurança na vida social, proporcionando uma alta satisfação com as próteses mesmo com o limitado tempo de vida do silicone usado para a sua confecção, melhorando a qualidade de vida do paciente.

Vidyasankari *et al.* (2014) e Ramkumar *et al.* (2017) têm a mesma opinião positiva. O primeiro grupo de pesquisadores acrescentou que as vantagens desses métodos em relação a outros são: melhor retenção, restauração da função, custo-efetividade, tolerância aos tecidos, estética e conforto para uso. Já o

segundo relatou que o cirurgião responsável pode escolher uma reconstituição autógena ou aloplástica, sendo a aloplástica a de melhor resultado estético.

Santos (2015) procurou e3ntender mais sobre as complicações relacionadas à cirurgia para a instalação de implantes osseointegrados e falhas no uso de próteses auriculares implantossuportadas. O autor concluiu que é imprescindível o conhecimento sobre reações do tecido mole perimplantar, métodos de higienização, microbiota envolvida e tratamento de infecções locais para o acompanhamento e manejo de complicações em pacientes reabilitados ou em processo de reabilitação por prótese retida sobre implante.

Focados em pacientes com problemas oncológicos, Granström *et al.* (1999) avaliaram a integração óssea de implantes em pacientes que passaram por radioterapia. Para isso, três grupos foram formados: (A) os que não passaram por radioterapia, (B) os que passaram por radioterapia e também pela câmara hiperbárica e (C) um grupo controle de dez pacientes que perderam quase todos os implantes após passarem por radioterapia, porém receberam novos após tratamento em câmara hiperbárica. No grupo A observou-se uma perda considerável de implantes, em 53,7% dos casos, diferente dos grupos B e C que tiveram, respectivamente, perda de 13,5% e 8,1% dos pacientes do estudo. Concluindo, os autores notaram que a inserção de implantes em indivíduos que passaram por radioterapia está relacionada a uma maior taxa de insucesso, entretanto, com o auxílio da câmara hiperbárica, essas taxas podem ser reduzidas.

Corroborando com o estudo anterior, Schoen *et al.* (2001), fizeram um estudo com pacientes que receberam implantes na região orbital e auricular, avaliando a satisfação de pacientes que receberam uma prótese após cirurgia de tumor. Na pesquisa, a amostra foi separada em dois grupos: um grupo com doze pacientes que receberam os implantes durante a cirurgia, dos quais sete fizeram radioterapia após a cirurgia, e outro grupo com 14 pacientes que receberam os implantes após a cirurgia do tumor, dos quais cinco fizeram radioterapia após a cirurgia antes dos implantes serem instalados.

Observou-se que não foram perdidos implantes nos pacientes que não sofreram radiação, enquanto cinco implantes foram perdidos no grupo que sofreu radiação. A partir deste estudo, os autores concluíram que a radioterapia não é uma contraindicação para o uso de implantes osseointegrados na região maxilofacial, ainda assim, a perda de implantes é maior do que em locais não irradiados.

Granström *et al.* (2005) avaliaram retrospectivamente a sobrevivência de 631 implantes osseointegrados instalados em pacientes com câncer irradiados ao longo de um período de 25 anos. Neste estudo, foram avaliados 107 pacientes em tratamento desde 1979. Fatores que influenciam a sobrevivência do implante são tratamentos oncológicos e protocolos radioterápicos. A perda de implantes foi maior após radioterapia prévia e todas as regiões crânio-faciais foram afetadas, porém as mais afetadas foram: osso frontal, zigomático, mandíbula e ossos nasais. Observou-se que a terapia hiperbárica diminuiu o número de perdas. Em sua conclusão, os autores colocaram que a taxa de sobrevivência dos implantes em pacientes que passaram por radioterapia é tão alta e favorável que é recomendada, entretanto, o profissional deve saber os riscos de atender tais pacientes.

Em oposição aos três autores anteriores, Schepers *et al.* (2006) avaliaram a sobrevida de implantes dentários colocados durante cirurgia ablativa na região interforaminal da mandíbula

edêntula em pacientes com carcinoma de células escamosas da cavidade oral levando em consideração à radioterapia pós-operatória. Neste estudo, 48 pacientes diagnosticados com Carcinoma de Células Escamosas (CCE) que estavam em período de tratamento de 1996 a 2003 foram incluídos. Havia 29 homens e 19 mulheres com média de idade de 64,8 e 68,1 anos, respectivamente, e todos os pacientes usavam prótese total e expressaram o desejo de ter uma prótese total implantada após o tratamento. Em sua conclusão, os autores colocaram que a radioterapia pós-operatória não afeta a osseointegração dos implantes dentários colocados durante a ablação do tumor.

Nooh (2013) divergiu ainda mais das opiniões anteriores em sua revisão sistemática, na qual avalia os efeitos da radioterapia na sobrevivência de implantes osseointegrados em pacientes com câncer bucal. As taxas de sobrevivência de implantes totais foram comparadas no que diz respeito ao tempo de radiação (antes ou após o implante), o local de colocação do implante (maxila, mandíbula, retalhos vascularizados livres, enxertos ósseos não vascularizados), a dose de radiação, o intervalo de tempo entre a terapia com radiação e a colocação do implante, e o efeito da terapia hiperbárica. Em sua conclusão, os autores demonstraram que o tempo da radiação, em relação à colocação dos implantes (radiação antes ou após a implantação), não tem efeitos significativos na sobrevivência dos implantes, porém, os locais de colocação do implante afetam significativamente sua sobrevivência, tendo melhores taxas em mandíbula, do que em maxila e ossos enxertados. O estudo acrescentou que essas conclusões foram retiradas de revisões de literatura, sendo possível que na prática os resultados sejam diferentes, porém, ainda são necessários estudos longitudinais para se validar esses achados.

Pensando na questão do valor da prótese, Neves (2004) e Antunes *et al.* (2008) ressaltaram que os valores dos materiais utilizados para fazer a prótese é fator dificultador para pacientes mais necessitados, sendo assim é preciso que o profissional responsável consiga obter um resultado satisfatório com material de baixo custo.

CONCLUSÃO

A prótese bucomaxilofacial implantossuportada tem gerado um alto grau de satisfação por devolver aos pacientes a função e a estética, mesmo em casos de amplas ressecções oncológicas. Isto permite que haja recuperação da autoconfiança e melhora dos aspectos biopsicossociais correlacionados ao convívio social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVI, R. *et al.* Closed-Field Titanium Magnets For The Retention of Complex Craniofacial Prostheses. British Journal of Plastic Surgery, v. 55, p. 668, 2002.

ANTUNES, A.A *et al.* Utilização de Implantes Ósseointegrados para Retenção de Próteses Buco-maxilo-Faciais: Revisão de Literatura. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, v. 8, p. 9, 2008.

ARIANI, N. *et al.* Current State of Craniofacial Prosthetic Rehabilitation. International Journal of Prosthodontics, v. 26, p. 57, 2013.

BOTTINI, D.J. *et al.* Alternative Techniques in Reconstrutive Surgery: Bone-Anchored Extraoral Implants For Burn Cases. Aesthetic Plastic Surgery, v. 32, p. 58, 2008.

COBEIN, M.V. Estudo morfométrico da estrutura óssea crâniofacial visando a reabilitação com prótese facial retida em implantes extrabucais [dissertação]. São Paulo: Faculdade da Odontologia da Universidade de São Paulo, 2014.

COTO, N.P. *et al.* Retention Systems for Extraoral Maxillofacial Prosthesis Implants: A critical Review. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 55, p. 763, 2017.

GRANSTRÖM, G. *et al.* Osseointegrated Implants in Irradiated Bone: A Case-Controlled Study Using Adjunctive Hyperbaric Oxygen Therapy. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 57, p. 493, 1999.

GRANSTRÖM, G. *et al.* Osseointegration in Irradiated Cancer Patients: An Analysis With Respect to Implants Failures. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 63, p. 579, 2005.

GENTILE, P. *et al.* Bone-Anchored, Extra-Oral Implantology. Journal of Burn Care & Research, v. 29 p. 627, 2008a.

GENTILE, P. *et al.* The Use of Bone-Anchored Implants for Absent Ear. Journal of Craniofacial Surgery, p. 744, 2008b.

GOIATO, M.C. *et al.* Uso de Implantes Osseointegrados Associados a Sistema de Retenção nas Reabilitações com Prótese Bucomaxilofacial: Revisão de Literatura. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, v. 7, p. 331, 2007.

GOIATO, M.C. *et al.* Uso de Implantes Zigomáticos na Fixação de Próteses Bucomaxilofaciais. Odonto, v. 21, p. 65, 2013.

GUMIEIRO, E.H. *et al.* Bone-Anchored Titanium Implants For Auricular Rehabilitation Case Report And Review Of Literature. Sao Paulo Medical Journal, v. 127, p. 160, 2009.

JAVED, F. *et al.* Implant Survival Rate After Oral Cancer Therapy: A Review. Oral Oncology, v. 46, p. 854, 2010.

MALET, T. *et al.* Avaliação de Um Novo Implante Intra-Orbitário Resultados Preliminares. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, v. 66, p. 51, 2003.

MARCOS, J.D. Reabilitação através de prótese auricular associada a implantes osseointegrados: relato de caso [trabalho de conclusão de curso]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista "Julio Mesquita Filho", 2010.

MELLO, M.C.P. *et al.* Facial reconstruction with a bone-anchored prosthesis following destructive cancer surgery. Oncology Letters, v. 4, p. 682, 2012.

MORALES, S.A.O. Estudo morfométrico da estrutura óssea crâniofacial visando a reabilitação com prótese facial retida em implantes extrabucais [tese]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas, 2010.

NEMLI, S.K. *et al.* Bilateral Implant-Retained Auricular Prosthesis in a Patient With Treacher Collins Syndrome: a Case Report. Acta Odontologica Turcica, v. 31, p. 31, 2014.

NEVES, A.C.C. *et al.* Prótese Facial Extensa. Revista Ibero-americana de Prótese Clínica & Laboratorial, v. 6, p. 545, 2004.

NOOH, N. Dental Implant Survival in Irradiated Oral Cancer Patients: A Systematic Review of Literature. International Journal of Oral & Maxillofacial Implants, v. 28, p. 1233, 2013.

PEREIRA, A.M.L. Reabilitação Oral em Pacientes Maxilectomizados [dissertação]. Porto: Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, 2014.

RAMKUMAR, K. *et al.* Implants For Auricular Prosthesis. International Journal of Prosthodontics and Restorative Dentistry, v. 7, p. 25, 2017.

ROSA, F.G. Fixação de prótese facial em pacientes oncológicos: Revisão Sistemática [dissertação]. Uberlândia: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, 2007.

SANTOS, L.N.R. Complicações pós-operatórias e avaliação microbiológica relacionadas a pacientes submetidos à instalação de implantes osseointegráveis para confecção de próteses auriculares implantorretidas [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, 2015.

SCHEPERS, R.H. *et al.* Effect of Postoperative Radiotherapy on the Functional Result of Implants Placed During Ablative Surgery for Oral Cancer. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 35, p. 803, 2006.

SCHOEN, P.J. *et al.* Treatment Outcome of Bone-Anchored Craniofacial Prostheses After Tumor Surgery. American Cancer Society, v. 92, p. 3045, 2001.

SIMÕES, F.G. *et al*. A Especialidade da Prótese Bucomaxilofacial e Sua Atuação na Odontologia. Revista Sul-Brasileira de Odontologia, v. 6, p. 327, 2008.

SOUSA, A.A. Análise comparativa entre sistemas de retenção de implantes para próteses auriculares implanto-retidas [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2006.

VIDYASANKARI, N. *et al.* Rehabilitation of a total Maxillectomy patient by Three Different Methods. Journal of Clinical and Diagnostic Research, v. 8, 2014.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 6

RELATO DE CASO DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA PACIENTE COM OBESIDADE E COMORBIDADES ASSOCIADAS

AUTORES

LUARA DA SILVA REGO[1]
LYGIA ESTER BRENDA GONÇALVES LIMA MONTEIRO[2]
THAUANA FRANCISCA FERREIRA DE SOUSA[3]
GISLAINE RIBEIRO DA COSTA[4]
MAXIWILEN ROCHA MARQUES[5]
SACHA LUANA DA SILVA REGO[6]

FILIAÇÃO

1. Nutricionista – Faculdade de Floriano (FAESF). Pós-graduanda em Saúde Pública e Vigilância Sanitária. Pós-graduanda em Nutrição Clínica e Esportiva.
2. Nutricionista – Faculdade de Floriano (FAESF). Pós-graduanda em Nutrição Esportiva e Funcional.
3. Nutricionista – Faculdade de Floriano (FAESF). Pós-graduanda em Nutrição Clínica. Pós-graduanda em Fitoterapia aplicada a Nutrição Funcional.
4. Nutricionista – Faculdade de Floriano (FAESF).
5. Nutricionista – Fametro - Centro Metropolitano de Ensino.
6. Assistente Social – Faculdade Anhanguera. Pós-graduanda em Gestão Estratégica em Saúde Pública e Coletiva.

Palavras-chave: Assistência alimentar; Doenças crônicas não transmissíveis; Nutrição clínica.

INTRODUÇÃO

O presente estudo refere-se a um acompanhamento nutricional individualizado realizado durante dois dias com um paciente idoso portador de Insuficiência Renal Crônica (IRC), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. O acompanhamento nutricional é de fundamental importância para a melhora do quadro clínico dos pacientes. Assim, cabe ao nutricionista o desafio de estabelecer um plano dietoterápico, visando à recuperação e à reabilitação destes indivíduos.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem importante problema de saúde pública, haja vista serem a principal causa de morte no mundo, além de ocasionarem mortalidade prematura, perda da qualidade de vida, sobrecarga do sistema de saúde e de contribuírem para o aumento dos gastos com assistência médica e previdência social (WHO, 2020; MALTA *et al.*, 2017).

Segundo Olguin (2018), a patogênese de muitas doenças crônicas como obesidade, Diabetes Mellitus tipo 2, Doença Renal Crônica e HAS está relacionada aos fatores ambientais e genéticos. Em termos de fatores de risco metabólico, as mortes são atribuídas, principalmente, à pressão arterial elevada, seguida por excesso de peso (obesidade) e aumento contínuo da glicemia, principalmente em idosos.

Segundo Valente *et al.* (2014), a obesidade pode ser resultante de um balanço energético positivo crônico, determinado pela interação entre fatores genéticos e ambientais que contribuem para seu desenvolvimento como idade, gênero, peso corporal elevado, alimentação inadequada e inatividade física. A Diabetes Mellitus tipo 2 representa cerca de 90% dos casos de diabetes (DEUS & CONCEIÇÃO, 2012; VALENTE *et al.* 2014).

O impacto do rápido crescimento das DCNT pode ser revertido, em grande parte, através de intervenções na promoção de saúde, reduzindo, desta forma, seus fatores de risco e viabilizando a detecção precoce e tratamento oportuno ao indivíduo (MALTA & SILVA JR., 2013).

Desta forma, este estudo fundamenta-se na elevada taxa de morbimortalidade de pacientes portadores de patologias crônicas.

O objetivo desta pesquisa foi apresentar um caso clínico e fornecer orientação sobre a alimentação adequada para melhoria do estado nutricional atual de saúde do paciente.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa experimental prospectiva, não controlada, do tipo estudo de caso clínico (VIEIRA & HOSSNE, 2001).

O presente trabalho foi realizado com um paciente do sexo masculino, com 76 anos de idade, que se encontrava internado em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada no Maranhão por um período de dois dias. Os dados coletados do prontuário da clínica médica foram: história clínica das patologias, medicamentos em uso e hábitos alimentares.

O diagnóstico nutricional foi definido por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), para o qual calcula-se o peso em quilos dividido pela estatura em centímetros elevada ao quadrado. A avaliação antropométrica não foi realizada no paciente visto que o mesmo se encontrava em estado geral de saúde grave e de risco, impossibilitando-o de ser avaliado fisicamente.

Para conhecer a história dietética, a filha mais nova que acompanhava o paciente foi entrevistada por meio da aplicação do Recordatório Alimentar de 24 horas (RC de 24 horas). Após o planejamento dietético adequado, o mesmo recebeu orientações direcionadas junto a acompanhante, a fim de adequar a alimentação às suas necessidades nutricionais e clínicas.

Vale destacar que o paciente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação a história clínica das patologias, foi verificado que o paciente já havia sido diagnosticado a alguns anos com IRC, HAS e DM tipo 2. Foi observado que alguns familiares também receberam diagnósticos de patologias semelhantes. O paciente já havia passado por cirurgia para retirada de cálculos biliares alguns meses antes e atualmente estava realizando Diálise Peritoneal três vezes por semana. Ainda a ser tratado sobre a história clínica, o paciente estava em uso de Caverdilou 50 mg para controle da HAS (suspendido no momento da internação) e não tomava nenhuma medicação para DM tipo 2.

O paciente em questão apresentava 110 kg e 1,82 cm. Calculou-se o IMC da seguinte forma: IMC = Peso (em kg) / Estatura (em cm)^2. Portanto, IMC = 110 kg/1,82 cm^2 que é igual a 33 kg/cm^2. Após o cálculo simplificado aplicou-se o resultado aos pontos de corte estabelecidos pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2002), e pôde-se constatar que o estado nutricional de saúde do paciente estava classificado como obesidade mórbida.

Ainda, o excesso de gordura abdominal facilmente observado comprova o diagnóstico, sendo o mesmo um importante indicador. Valores do ponto de corte utilizados para classificação podem ser vistos na **Tabela 6.1**.

Tabela 6.1 Pontos de corte IMC (kg/c²)

Baixo peso	Adequação	Excesso de peso/sobrepeso	Obesidade mórbida
≤ 23	> 23 e < 28	≥ 28 e < 30	≥ 30

Fonte: OPAS (2002).

De acordo com o relato da acompanhante, o paciente alimentou-se de forma habitual no dia anterior a internação. Relatou ainda que o mesmo tinha preferência por comidas com grande quantidade de gorduras, carnes gordas e alimentos calóricos, a citar: queijo, presunto e mortadela. O mesmo fez três refeições diárias preparadas em seu próprio domicílio e optou por não fazer a refeição do jantar, queixando-se de falta de apetite, como pode ser visto na **Quadro 6.1**.

As refeições consumidas em domicílio eram preparadas pela cunhada do paciente que residia na mesma casa e eram temperadas, principalmente, com alho, cebola e sal e alguns caldos industrializados como caldo de galinha e tempero sazón. Além disso, sua filha relatou que, durante as refeições, o paciente adicionava ainda mais sal e pimenta moída na comida, sugerindo que a alimentação tenha sido um dos fatores fundamentais para o desencadeamento da HAS e, como consequência, para o surgimento da IRC.

Quadro 6.1 Descrição qualitativa do RC de 24hrs

Café da manhã	Lanche da manhã	Almoço	Jantar
1 pedaço grande de cuscuz de milho + 1 xícara de leite em pó integral com açúcar	2 bananas	3 conchas cheias de arroz + Carne bovina gorda ao caldo com legumes	Não houve

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao analisar de forma qualitativa e nutricional o RC de 24 horas, pôde-se observar que o paciente estava consumindo pouca quantidade de comida e não havia variedade de alimentos e nutrientes, o que corrobora seu estado nutricional atual de obesidade mórbida.

Porém, esse estado pode ser justificado pelo fato de que o paciente já vinha sentindo sintomatologia, o que provavelmente prejudicou sua ingestão alimentar.

Para correção, sugere-se um aumento do consumo diário de cereais, pães, tubérculos e de frutas, já que também são importantes fontes de fibras e micronutrientes, retratando a importância de sua ingestão, assim como a redução no consumo de óleos e gorduras que, quando consumidos em excesso, podem gerar níveis elevados de colesterol, lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e triglicérides plasmáticos.

Durante o período de acompanhamento deste paciente, a dieta prescrita em prontuário foi para Insuficiência Renal com restrição hídrica. Inicialmente, a conduta nutricional foi de dieta hipocalórica, hipoproteica e hipolipídica, com restrição moderada de sódio. A dieta e/ou intervenção nutricional adequada foi prescrita com o consentimento dos médicos responsáveis pelo paciente.

As necessidades nutricionais atuais do paciente foram calculadas de acordo com os parâmetros e recomendações das resoluções vigentes direcionadas para paciente com IRC em hemodiálise, o que pode ser observado na **Tabela 6.2**.

Tabela 6.2 Cálculo das recomendações nutricionais e dietoterápicas adequadas

Nutrientes	Kcal	Proteína	Carboidrato	Gorduras totais	NaCl	Líquidos
Recomendação	25-35 g/kg	1,2 g	40-55%	25-35%	2 g/dia	500 ml/dia
Utilizado	25 kcal/kg	1,2 g	45%	30%	-	-
Total	2750 kcal/dia	132 g	309 g	92 g	-	-

Fonte: BRASPEN (2021) e SBN (2021).

Foram consultadas as orientações da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2021), que fornece indicações a serem repassadas ao paciente e seu acompanhante buscando auxiliar na manutenção da saúde e do bem-estar, como: evitar alimentos industrializados, que possuem conservantes que são grande fonte de fósforo facilmente absorvido no intestino, consumir verduras e legumes cozidos nas principais refeições e não comer carambola nem tomar o suco natural da fruta, pois esta contém uma substância tóxica para os portadores de doença renal. Foi entregue ainda, ao paciente, uma tabela elaborada pelos profissionais com uma lista de alimentos ricos e pobres em potássio, fósforo e sódio para consulta.

CONCLUSÃO

Portanto, uma abordagem de casos clínicos é de extrema importância e, como integrante da equipe multidisciplinar, o profissional nutricionista deve estar atento aos objetivos do tratamento, estabelecendo condutas que contribuam para a evolução do quadro clínico e sugerindo modificações alimentares pertinentes às suas habilidades a fim de promover a recuperação e melhora da saúde dos pacientes

.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAZILIAN SOCIETY OF PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION – BRASPEN. Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doença Renal. Braspen Journal, v. 36, 2021.

DEUS, K.J. & CONCEIÇÃO, R.S. Diabetes mellitus tipo 2 – a relação genética – nutrientes. Revista Brasileira de Alimentação e Nutrição, v. 37, p. 199, 2012.

MALTA, D.C. & SILVA JR., J.B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 22, p. 151, 2013.

MALTA, D.C. *et al*. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, p. 661, 2017.

OLGUIN, L.B.P. Uma abordagem da nutrigenômica e nutrigenética no aspecto nutricional na interação de doenças crônicas. Nucleus: Revista Científica da Fundação Educacional de Ituverava, v. 15, 2018.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPAS. División de Promoción y Protección de la Salud. Encuesta Multicentrica salud beinestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: Informe Preliminar [Internet]. XXXVI Reunión del Comité asesor de investigaciones em Salud; 9-11 jun 2001. Kingston, Jamaica: OPAS, 2002. Disponível em: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/paho-salud-01.pdf. Acesso em: 26 ago. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA – SBN. Orientações Nutricionais. Perguntas e Respostas sobre Nutrição em Diálise, 2021. Disponível em: https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/orientacoes-nutricionais/. Acesso em: 26 ago. 2021.

VALENTE, M.A.S. *et al*. Nutrigenômica e nutrigenética na elucidação das doenças crônicas. HU Revista, v. 40, p. 239, 2014.

VIEIRA, S. & HOSSNE, W.S. Metodologia científica para a área da saúde. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Noncommunicable diseases progress monitor 2020. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications-detail/ncd-progress-monitor-2020. Acesso em: 24 abr. 2020.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 7

GRANULOMATOSE DE WEGENER: ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

AUTORES

JOÃO LUCAS DE MELO BARDI[1]
ALINE FEITOSA DE SOUZA[1]
JULIANA NASCIMENTO DE PAULA AFONSO[1]
JÚLIA MARÇAL DE VASCONCELOS GONÇALVES[1]
FERNANDO AMBROS RIBEIRO[2]
REBECCA HEIDRICH THOEN RIBEIRO[2]

FILIAÇÃO

1. Discente – Medicina no Centro Universitário UNINORTE-Acre.
2. Docente – No Centro Universitário UNINORTE-Acre.

Palavras-chave: Granulomatose; Granulomatose de Wegener; Otorrinolaringologia.

INTRODUÇÃO

A Granulomatose de Wegener é uma doença que foi supostamente descrita em 1931 (FIGUEIREDO *et al.*, 2009). Entretanto, foi apenas oito anos depois, em 1939, que a mesma foi nomeada e confirmada pelo patologista Friedrich Wegener, na publicação de um caso clínico relatando uma morte por doenças aéreas superiores e insuficiência respiratória (REZENDE *et al.*, 2003).

Vale lembrar que esta é uma patologia rara, considerada autoimune e descrita pela inflamação de vasos sanguíneos dos sistemas respiratório e renal devido a uma vasculite, de acordo com (FIGUEIREDO *et al.*, 2009). Os sinais e sintomas são bem inespecíficos, dificultando e prolongando o intervalo até o diagnóstico, e incluem uma tríade de lesões composta por granuloma necrosante do trato respiratório, glomerulonefrite e vasculite em graus variados (FAUCI & WOLFF, 1973).

As manifestações mais frequentes incluem a perfuração do septo nasal, ulcerações e erosões do vômer ("Osso ímpar que forma as porções posteriores e inferiores do septo nasal") (REZENDE *et al.*, 2003). Não obstante, em dados inferiores a 8% dos casos, pacientes acometidos pela patologia apresentam a deformidade do nariz "em sela", caracterizada pela deformação da cartilagem nasal e do vômer (SINGER & MCCUNE, 2017) (**Figura 7.1**). Em ato contínuo, essas lesões são constantemente infectadas de maneira subsidiária por *Sthaphylococcus aureus* (PEREIRA *et al.*, 2007).

Figura 7.1 Deformidade em face de paciente portadora de Granulomatose de Wegener

Fonte: Pereira *et al.* (2007).

O objetivo deste estudo foi coletar informações sobre os aspectos clínicos e laboratoriais da Granulomatose de Wegener, a fim de atualizar os estudantes das áreas de saúde sobre esta rara patologia caracterizada por uma vasculite necrotizante que afeta principalmente a vias aéreas superiores e que necessita de diagnóstico multifatorial.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada no período entre fevereiro e maio de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed e SciELO. Foram utilizados os descritores: "Granulomatose de Wegener", "patologia otorrinolaringológica", "manifestações clínicas da Granulomatose de Wegener" e "diagnóstico de Granulomatose de Wegener". Na busca foram recuperados 36 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2007 a 2018, que são pertinentes às temáticas propostas, estudos do tipo revisional, e que estão disponibilizados na íntegra nas bases

consultadas. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordam diretamente a proposta estudada e que não atendem aos critérios de inclusão.

Após a aplicação dos critérios de seleção, restaram 21 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando temas relacionados à saúde, especificamente no ramo otorrinolaringológico.

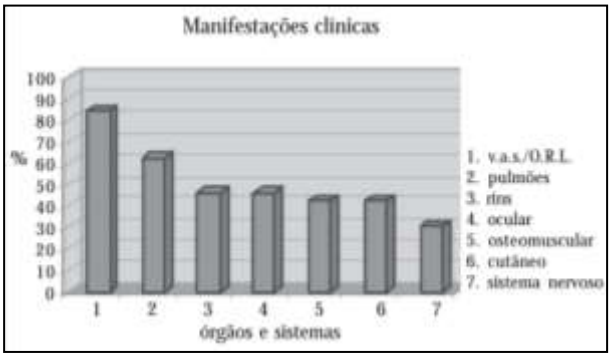
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sinais e sintomas

As manifestações clínicas ocorrem de forma distributiva em órgãos e sistemas (**Figura 7.2**). O acometimento pulmonar está presente em 45% dos casos no início e até 85% no decorrer da doença. Os sintomas do acometimento pulmonar são tosse – que pode conter sangue – e dispneia. Nos achados radiológicos pulmonares, os mais frequentes são infiltrados pulmonares e nódulos geralmente múltiplos, bilaterais e cavitação em metade dos casos (HOFFMAN *et al.*, 1992). O derrame pleural também pode vir a acontecer, porém é menos comum, estando presente em 5 a 20% dos pacientes. Sinais como febre e emagrecimento estão presentes em até 70% dos casos (FIGUEIREDO *et al.*, 2009; HOFFMAN *et al.*, 1992).

Nas vias aéreas inferiores as alterações são comuns, sendo a estenose subglótica a manifestação mais frequente. A dispneia ao esforço, tosse e estridor também estão presentes (FIGUEIREDO *et al.*, 2009). A manifestação clínica mais frequente é o acometimento de vias aéreas superiores, ocorrendo sinusites, sinorreia purulenta, úlceras mucosas, crostas nasais, epistaxe e obstrução nasal. O desabamento da ponte nasal evoluindo para nariz em sela pode ocorrer em até 12% dos casos e é uma das características marcantes da doença (FIGUEIREDO *et al.*, 2009; RAO *et al.*, 1998).

Figura 7.2 Prevalência das manifestações clínicas de acordo com órgãos e sistemas



Fonte: Antunes & Barbas (2005).

Também é possível ocorrer otite média, otalgia, úlceras orais dolorosas, gengivite e aumento das glândulas submandibulares e parótidas (PEREIRA *et al.*, 2007). O acometimento renal ocorre em até 77% dos casos e as manifestações histopatológicas vão da glomerulonefrite segmentar e focal até a glomerulonefrite rapidamente progressiva que causa a insuficiência renal (FIGUEIREDO *et al.*, 2009).

As manifestações oculares inespecíficas podem ocorrer em 15% dos pacientes no início da doença e com o passar do tempo podem acometer até 61% dos enfermos. Manifestações cutâneas como úlceras, purpuras, nódulos, pápulas e vesículas estão presentes em até 60% dos casos (SINGER & MCCUNE, 2017; RAO *et al.*, 1998).

Na apresentação radiológica os achados mais frequentes são infiltrados pulmonares e nódulos, 67% e 58% respectivamente (ZINCK *et al.*, 2001). A tomografia computadorizada de tórax revela infiltrados e nódulos não visíveis em radiogramas convencionais em cerca de 63% dos casos (HOFFMAN *et al.*, 1992).

Áreas de consolidação e vidro fosco são vistos em metade dos casos e seguem diversos padrões, como a consolidação com distribuição

peribrônquica, consolidação focal com ou sem cavitações e áreas de vidro fosco difusas e bilaterais (JAYNE *et al.*, 2003).

As manifestações histopatológicas incluem necrose parenquimatosa, vasculite e inflamação granulomatosa. A associação entre os granulomas necrosantes e a vasculite granulomatosa ou necrosante são consideradas lesões típicas da doença (FIGUEIREDO *et al.*, 2009). Os granulomas podem ser discretos ou confluentes, com necrose do parênquima. O infiltrado inflamatório é constituído de neutrófilos, linfócitos, plasmócitos, eosinófilos e células gigantes, estas distribuídas de forma aleatória ou aglomeradas (PEREIRA *et al.*, 2007).

Diagnóstico

O diagnóstico da Granulomatose de Wegener é avaliado por diversos critérios, sendo eles clínicos, radiológicos, sorológicos e anatomopatológicos (FIGUEIREDO *et al.*, 2009). Para a confirmação da patologia, se faz necessário a apresentação de dois critérios dentre os quatros supracitados (REINHOLD-KELLER *et al.*, 2000).

A Academia Americana de Reumatologia, em 1990, adotou como critérios de diagnóstico os achados como: infiltrados fixos, cavitações em radiografias de tórax, inflamações nasais ou orais, inflamações granulomatosas em biópsia, alterações microscópicas como hematúria e aumento da quantidade de eritrócitos. A Academia baseia-se no reconhecimento do quadro clínico e na mensuração de anticorpos citoplasmáticos (FIGUEIREDO *et al.*, 2009).

Entretanto, pacientes que apresentam outros tipos de vasculites, como poliarterite nodosa ("forma de vasculite que envolve a inflamação das artérias de médio porte") e poliangeíte microscópica ("vasculite necrosante sistêmica sem deposição de imunoglobulina (pauci-imune) que afeta principalmente os pequenos vasos"), entram nos critérios avaliativos, fazendo-se necessário o diagnóstico diferencial (FIGUEIREDO *et al.*, 2009). Ademais, os pacientes que cursam com a suspeita de Granulomatose de Wegener por apresentarem sintomas semelhantes devem avaliar se o exame de anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) será positivo, para descartar a doença (SULLIVAN & HOFFMAN, 1998; SCHWARZ & BROWN, 2000).

Outrossim, alguns pacientes podem cursar com quadros menos agressivos da doença, apresentando sintomas brandos e sem acometimento do sistema renal, associados a um prognóstico melhor (FIGUEIREDO *et al.*, 2009). Esse quadro permite que a doença seja denominada como Granulomatose de Wegener de forma localizada, contudo, há possibilidade de evolução causando uma glomerulonefrite e perda da função renal (GUEVARA *et al.*, 2019).

Não obstante, o surgimento de hemorragias alveolares, depressão do sistema nervoso central (SNC) e glomerulonefrite de evolução rápida são acometimentos sugestivos de diagnóstico agudo da doença, fazendo-se necessário o tratamento precoce para diminuir, assim, o risco de mortalidade (TRAVIS & FLEMING, 1996).

Tratamento

O tratamento completo para a Granulomatose de Wegener é composto por duas fases. A primeira fase é chamada de indução, com objetivo de remissão, com duração de três a seis meses. A segunda fase é tida como de manutenção e busca acompanhar o seguimento da doença, impedindo a sua reincidência, o que dura de doze a vinte e quatro meses (RIBEIRO *et al.*, 2018). As primeiras medicações a serem tomadas dentro da fase de indução seriam ciclofosfamida, metotrexato, plasmaférese, pulso de metilprednisolona e/ou rituximab (SANTANA *et al.*, 2011).

Destaca-se no tratamento o uso de ciclofosfamida e prednisona. A ciclofosfamida é usada na dose de 2 mg/kg/dia, VO, com reajuste conforme alteração na função renal, no intuito de manter o número de linfócitos em torno de 3000/mm³ (SANTOS *et al.*, 2009). A prednisona é utilizada no primeiro mês de tratamento, na dose de 1mg/kg/dia, VO, e deve passar por um processo de tratamento em dias intercalados por cerca de seis meses, o que sucede na remissão completa em até 75% dos casos (REZENDE *et al.*, 2003).

Com o tratamento adequado, a média de vida dos pacientes é de oito anos e meio e a sobrevida é em dez anos, variando conforme o surgimento ou não de comprometimento renal (REZENDE *et al.*, 2003).

Dando início à fase de manutenção, a droga de escolha é a azatioprina, em substituição da ciclofosfamida utilizada durante a indução, na dose de 2 mg/kg/dia e durante doze meses. Além desta, há estudos que trazem eficácia no uso de metotrexato por 24 meses, na dose de até 20/25 mg/semana (SINGER & MCCUNE, 2017).

Para o tratamento de casos refratários, pode-se considerar a plasmaferese (LEAVITT *et al.*, 1990). Esta técnica terapêutica é útil em pacientes com quadro de doença renal crônica (DRC) em estágio avançado, em tratamentos renais substitutivos ou em casos de hemorragia pulmonar avançada. A terapia também pode ser recomendada se houver comprometimento da função renal com evolução sistêmica (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Se torna imprescindível citar que esses tratamentos acarretam alguns efeitos colaterais ao paciente (REZENDE *et al.*, 2003). Portanto, faz-se necessário a realização de exames rotineiramente durante o tempo de terapêutica, como exames de urina (EAS) e hemograma, buscando principalmente efeitos que consistem em hematúria, leucocitose e linfocitose (SANTOS *et al.*, 2009).

CONCLUSÃO

À luz das informações recuperadas, cumpre salientar que a Granulomatose de Wegener é considerada uma patologia atípica que tem por consequência a vasculite necrosante de vias aéreas superiores e inferiores, com acometimento renal. A doença apresenta sintomas que, além de injuriar orgãos internos, acarreta deformidade facial, mais especificamente nasal, entretanto, pode-se agravar para região oftálmica.

Em ato contínuo, o diagnóstico, que é multifatorial, tem por objetivo a devida exclusão de patologias que apresentam sinais e sintomas semelhantes, identificando a real doença - Granulomatose de Wegener - para que o tratamento seja executado de maneira apropriada. A real doença, Granulomatose de Wegener, para que o tratamento seja executado de maneira apropriada.

Neste sentido, o tratamento é feito em duas etapas, visando inicialmente a remissão da doença e por conseguinte a sua manutenção. O tratamento tem por objetivo a melhora da qualidade de vida e sobrevida dos pacientes e, não obstante, pode resultar na provocação de alguns efeitos colaterais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, T. & BARBAS, C.S.V. Granulomatose de Wegener. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 31, 2005.

FAUCI, A.S. & WOLFF, S.M. Wegener´s granulomatosis: studies in eighteen patients and review of the literature. Medicine, v. 52, p. 535, 1973.

FIGUEIREDO, S. *et al*. Granulomatose de Wegener: envolvimento otológico, nasal, laringotraqueal e pulmonar. Revista Portuguesa de Pneumologia, v. 15, p. 929, 2009.

GUEVARA, D.L. *et al.* Actualización en el estudio de Granulomatosis con poliangeitis (Granulomatosis de Wegener). Revista Chilena de Radiologia, v. 25, p. 26, 2019.

HOFFMAN, G.S. *et al*. Wegener granulomatosis: an analysis of 158 patients. Annals of Internal Medicine, v. 116, n. 6, p. 488, mar. 1992.

JAYNE, D. *et al*. A randomized trial of maintenance therapy for vasculitis associated with antineutrophil cytoplasmic autoantibodies. The New England Journal of Medicine, v. 349, p. 36, 2003.

LEAVITT, R.Y. *et al.* The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Wegener's granulomatosis. Arthritis & Rheumatism, v. 33, p. 1101, 1990.

PEREIRA, I. C. *et al*. Granulomatose de Wegener: relatos de casos. Arquivo Brasileiro de Oftalmologia, v. 70, p. 1010, 2007.

RAO, J.K. *et al*. Limitations of the 1990 American College of Rheumatology classification criteria in the diagnosis of vasculitis. Annals of Internal Medicine, v. 129, p. 345, 1998.

REINHOLD-KELLER, E. *et al.* An interdisciplinary approach to the care of patients with Wegener's granulomatosis: longterm outcome in 155 patients. Arthritis & Rheumatism, v. 43, p. 1021, 2000.

REZENDE, C.E.B. *et al*. Granulomatose de Wegener: relato de caso. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 69, p. 261, 2003.

RIBEIRO, B.C. *et al*. Granulomatose com poliangiite: relato de caso. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 20, p. 230, 2018.

SANTANA, A.N.C. *et al*. Atualização do tratamento das vasculites associadas a anticorpo anticitoplasma de neutrófilos. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 37, p. 806, 2011.

SANTOS, S.K.J. *et al.* Granulomatose de Wegener: importância do diagnóstico precoce. Relato de caso. Revista Brasileira de Clínica Médica, v. 7, p. 427, 2009.

SCHWARZ, M.I. & BROWN, K.K. Small vessel vasculitis of the lung. Thorax, v. 55, p. 502, 2000.

SINGER, O. & MCCUNE, W.J. Update on Maintenance Therapy for Granulomatosis With Polyangiitis and Microscopic Polyangiitis. Current Opinion in Rheumatology, v. 29, p. 248, 2017.

SULLIVAN, E.J. & HOFFMAN, G.S. Pulmonary vasculitis. Clinics in Chest Medicine, v. 19, p. 759, 1998.

TRAVIS, W.D. & FLEMING, M.V. Vasculitis of the lung. Pathology, v. 4, p. 23, 1996.

ZINCK, S.E. *et al*. CT of noninfectious granulomatous lung disease. Radiologic Clinics of North America, v. 39, p. 1186, 2001.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 8

A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR NOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER IMPACTADOS PELOS CONDICIONANTES SOCIAIS

AUTORES

AMANDA RAIMUNDO DA SILVA[1]
IAN RICHARD LUCENA ANDRIOLO[1]
JOÃO PEDRO PINOTTI[1]
LUAN KISTENMACHER DOS SANTOS[1]
LUCAS SOUZA SCHAEDLER[1]
MARINA CORBETTA BENEDET[2]
MICHAEL STEFFEN DA SILVA[1]
OTÁVIO ZILIO SCARIOTI[1]

FILIAÇÃO

1. Discente – Medicina na Universidade do Vale do Itajaí.
2. Docente – Professora dos cursos de Psicologia e Medicina da Universidade do Vale do Itajaí. Graduada em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí (2004), com especialização em Psicopedagogia Escolar e Clínica pela Universidade da Região de Joinville (Univille) e Instituto Superior de Educação e Pós-Graduação (ISEPG), mestrado (2007) e doutorado (2013) em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Palavras-chave: Condicionantes sociais; Interdisciplinaridade; Violência contra a mulher.

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres se caracteriza hoje como uma das faces mais dramáticas dos conflitos das tensões de gênero. A violência contra a mulher, na maioria das vezes cometida por parceiros e ex-parceiros em âmbito doméstico, é um grave problema de saúde pública, sendo os condicionantes sociais fatores de suma importância para entender os dados deste problema. Apesar de ser um problema de saúde pública, este tipo de violência frequentemente não é visto assim. Mesmo que ocorra no trabalho ou na escola, é entendido como um problema de esfera privada, não se caracterizando como uma adversidade na qual cabe ações por parte do poder público, ainda que, muitas vezes, essas agressões se tornem grande parcela da demanda dos serviços de saúde, por exemplo (SCHRAIBER, 2001, p. 104, 106-107).

Desta forma, quando a esfera pública não entende a violência contra a mulher como algo de sua responsabilidade, as vítimas se veem desamparadas, muitas vezes sem nem mesmo entenderem que o que sofrem é caracterizado como uma agressão, não recebendo apoio, compreensão e empatia daqueles que deveriam acolhe-las. Os condicionantes sociais explicam bem o porquê de muitas mulheres não pedirem ajuda, não compreenderem a gravidade da situação e de ainda se tratar de uma adversidade que recebe pouca importância. Dentre os fatores que aumentam o risco de perpetração da violência contra mulher, destacam-se a baixa escolaridade, residência em áreas de risco, maltrato infantil ou exposição de violência na família, uso nocivo de álcool e desigualdade de gênero. Percebe-se, desta forma, que as mulheres acabam passando por atos violentos sem recorrer à justiça ou pedir ajuda, por dependerem de seus agressores, por não entenderem a gravidade do ato violento ou por terem crescido assistindo ou sofrendo outros atos de violência, muitas vezes sendo ensinadas que merecem ou que cabe ao seu papel social sofrer essas violências (OMS, 2017; TEIXEIRA, 2017).

Segundo Silva (2003), em seu estudo em um serviço de urgência e emergência de Salvador, onde a média de idade das mulheres entrevistadas era de 24,5 anos, 60,5% possuíam algum grau de instrução, mas só 1% haviam realizado a faculdade e mais da metade (51,1%) era casada ou possuía um companheiro. Esses dados vão ao encontro das informações da Folha Informativa de Violência contra a Mulher da Organização Mundial da Saúde (OMS), que mostra que, apesar de mais de uma década ter se passado entre os dois compilados de dados, há um padrão na maioria das vítimas de violência contra a mulher (OMS, 2017). Silva (2003) ainda afirma que algumas mulheres conseguem associar os problemas de saúde enfrentados hoje com a violência já sofrida. Desta forma, o tempo decorrido desde o último evento de violência demonstra que as consequências ultrapassam os limites do tempo, deixando marcas para o resto da vida e que muitas vezes só serão percebidas após cessada a violência.

Assim, como o serviço de saúde é um dos primeiros, e muitas vezes o único, que as mulheres recorrem após o ato de violência, entende-se que o atendimento nos centros de saúde deveria ser especializado, com canais próprios de comunicação, priorizando a escuta e entendendo a dificuldade das vítimas em relatar o ocorrido. Muitas vezes, o relato dessas pacientes não é direto, chegando ao atendimento com muitas queixas, dores difusas e de imprecisa localização, com sintomas que não se relacionam entre si e não caracterizam uma patologia conhecida. Infelizmente, por conta disso, essas pacientes passam com doenças sem tratamento, sendo caracterizadas como casos

difíceis e negligenciadas pelos profissionais da saúde (SCHRAIBER, 2001, p. 105-109).

Por isso é importante incluir no atendimento às mulheres violentadas ou com suspeita de violência um profundo exame físico para encontrar outras possíveis queixas, tratamento das lesões físicas que são apresentadas e prevenção de uma possível gravidez ou de doenças sexualmente transmissíveis. É preciso também oferecer atendimento psicológico pelo tempo que for necessário, afinal a violência pode resultar em casos de depressão, estresse pós-traumático e síndrome do pânico, que influenciam diretamente na evolução de patologias crônicas futuras. À mulher violentada também é necessário prescrever exames laboratoriais para diagnóstico de sífilis, hepatites B e C, HIV, clamídia, gonorreia, tricomoníase e HPV. Ocasionalmente, podem ser pedidos também exames radiográficos, tomográficos ou ultrassonográficos (FAÚNDES *et al.*, 2006).

Assim, a quantidade de estudos envolvendo a violência contra a mulher se mostra necessária pela gama de consequências que a violência pode causar nas esferas privada e pública dessas mulheres. Frente a esse grave problema, diversos documentos e eventos foram criados em prol da luta contra atos tão primitivos e aterradores contra mulheres. Alguns documentos como a Carta das Nações Unidas, a Convenção contra o Genocídio, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, a Convenção Sobre os Direitos da Criança e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher dão voz a causa e tentam trazer um fim a esse problema ainda tão comum na sociedade (CASIQUE & FUREGATO, 2006; SCHRAIBER & OLIVEIRA, 2003).

Deste modo, o presente trabalho se desenvolve como estratégia interdisciplinar para pensar o acolhimento e o tratamento de mulheres violentadas na esfera da saúde. Este artigo teve como objetivo entender os impactos dos condicionantes sociais na violência contra a mulher, além de trazer o panorama da saúde neste contexto. Para isso, foram levantados artigos que abordam os temas em estudo – condicionantes sociais, violência contra mulher e interdisciplinaridade do cuidado – e outros temas que pudessem explicar ou ajudar a entender como os condicionantes sociais impactam e mudam o panorama da violência contra a mulher e como o atendimento interdisciplinar na saúde pode mudar essa realidade. Por mais que já exista uma grande quantidade de estudos que abordam a violência contra a mulher, o presente trabalho se justifica por trazer uma análise não só dos condicionantes sociais que afetam ou agravam a violência contra a mulher, mas também de como a área da saúde pode recepcionar, avaliar e melhorar a vida dessas mulheres.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura realizada nos meses de abril e maio de 2021 em três bases de dados: Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e no site oficial da Organização das Nações Unidas. Não foram adotados critérios explícitos e sistemáticos para a busca, análise e interpretação da produção científica existente, ou seja, a seleção dos dados foi arbitrária, permitindo interferência subjetiva.

Para direcionar a busca e organizar a realização e fundamentação teórica deste capítulo, foram determinadas como palavras-chave de pesquisa: condicionantes sociais; interdisciplinaridade; violência contra a mulher. O recorte temporal escolhido para delimitar a

seleção dos artigos e das fontes de dados foi de até 30 anos de publicação, ou seja, o material utilizado foi postado no período entre o primeiro semestre de 1995 e 30 de abril de 2021, sem necessidade de contemplar artigos nas datas extremas desse intervalo de tempo. Após a busca por palavras-chave, foi realizada a leitura dos resumos de 30 artigos recuperados, para, então, selecionar os que eram pertinentes à temática da pesquisa.

Após a seleção, foram escolhidos 22 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando os impactos dos dados socioeconômicos e a importância do atendimento interdisciplinar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao falar de violência contra a mulher, muitas vezes se acredita que esta violência se resume a agressões físicas e/ou sexuais. No entanto, a violência em si se caracteriza como um conjunto de problemas. Na área da saúde, os diversos problemas que representam a violência contra a mulher requerem diversos recursos, protocolos e visão dos profissionais. Por mais que haja uma boa iniciativa por parte destes, as possibilidades de intervenção vão além da boa vontade dos agentes de saúde.

Os índices de violência referem-se à quantidade crescente de mortalidade nas categorias de violência no trânsito, no trabalho e a doméstica, entre outras. Por mais que os homicídios sejam os óbitos que expressam a forma mais acentuada de violência, deve-se pensar que as taxas de mortalidade representam o fim de uma série de atos danosos. Quando ocorre o óbito, chega ao fim uma série de atos adversos que se iniciaram como conflitos entre parceiros e familiares, atos de violência que podem representar uma situação de conflito invisível ao olhar externo (SCHRAIBER, 2001, p. 107-109).

A violência contra as mulheres, principalmente em âmbito doméstico, acaba por não ser reconhecida e isso ocorre por muitos fatores. Há o fato de ser uma experiência incômoda e desagradável de se lembrar e, por isso, acaba não sendo referida diretamente pela paciente nos atendimentos da saúde. Outro fator é a construção social que faz com que essas mulheres acreditem que foram violentadas porque fizeram algo errado e mereceram. Entretanto, a realidade da violência contra a mulher está sendo aos poucos combatida perante a sociedade, principalmente dentro dos serviços de saúde.

A criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, foi uma das iniciativas tomadas por conta das reivindicações dos primeiros grupos feministas que lutavam pelo fim da violência contra a mulher. A criação da PAISM abriu portas para se tratar a violência como parte das demandas de saúde, fez com que seja entendida, cada vez mais, como uma violência das relações de gêneros e, assim, vêm consolidando uma importância política crescente no Brasil e no mundo (SCHRAIBER, 2001).

Violência contra a mulher e as questões socioeconômicas

Segundo dados da PNAD Contínua (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua) realizada em 2019, as mulheres representam 51,8% da população brasileira. As mulheres são a maioria da população nacional, tendo cada uma sua particularidade e sua própria história de vida. Para entender um pouco os perfis dessas diversas mulheres brasileiras e como a violência contra a mulher ocorre, em sua maioria, de forma individual, neste trabalho foram utilizados dados socioeconômicos como

base. Além de demonstrar a realidade da sociedade brasileira, correlaciona dados importantes como a presença da mulher no mercado de trabalho, escolaridade, estado civil, cor, renda, entre muitos outros a violência contra mulher.

Os dados socioeconômicos ainda nos ajudam a pintar o quadro da mulher violentada no Brasil, do seu agressor e também nos faz entender como os serviços de saúde podem acolher e tratar essas mulheres, que muitas vezes trazem consigo não somente uma ferida física, mas também as mazelas psicológicas que a agressão lhe traz.

A violência doméstica contra mulheres inseridas no mercado de trabalho é um tema de grande relevância, porém pouco estudado no Brasil. Segundo dados do suplemento de vitimização da PNAD, a cada ano cerca de 1,3 milhão de mulheres são agredidas no Brasil. Quanto a presença da mulher violentada no mercado de trabalho, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) informa que o índice de violência contra a mulher que integra a população economicamente ativa (exercem de forma direta uma função no mercado de trabalho) é de 52,2%, praticamente o dobro do que é registrado daquelas que não compõem o mercado de trabalho (24,9%) (CERQUEIRA *et al.*, 2019; ENGEL, 2009).

Segundo os autores do estudo, existe uma relação complexa entre a participação feminina no mercado de trabalho e as chances de uma mulher sofrer violência doméstica. Quando os casais ainda vivem juntos (coabitam), a participação da mulher no mercado de trabalho faz com que a probabilidade de a mulher sofrer violência pelo parceiro diminua. Isso pode ser devido à sua participação na renda familiar, algo que eleva o poder de decisão, reduzindo a possibilidade de sofrerem algum tipo de violência. Porém, entre casais que não coabitam, percebe-se um aumento significativo nos casos de violência provocadas pelo parceiro, mesmo inseridas no mercado de trabalho. Em muitos lugares, o fato de uma mulher trabalhar fora de casa, por contrariar valores patriarcais, causa tensões entre o casal, o que pode resultar em casos de agressão. Desse modo, a crescente força feminina no mercado de trabalho não se mostra suficiente para vencer a desigualdade de gênero, o grande causador da violência doméstica (CERQUEIRA *et al.*, 2019; ENGEL, 2009).

Nesse mesmo contexto, a renda média das mulheres vitimadas é de R$548,38, apresentando uma substancial diferença em relação às mulheres não vitimadas (R$ 865,67). Dado o caráter empoderador desempenhado pela renda própria, a baixa renda das vítimas de violência possui papel determinante na manutenção da violência, sendo ainda mais grave nos casos de violência doméstica (TAUCHEN *et al.*, 1991).

Nessa linha, para compreender melhor o contexto da violência contra a mulher em relação à renda e ao trabalho, é preciso observar os dados sobre o impacto da escolaridade nesse assunto. É unânime o pensamento de que uma escolaridade completa acarreta mais oportunidades e espaço no mercado de trabalho e, consequentemente, maior qualidade de vida; em média, as mulheres brasileiras possuem 7,7 anos de estudos, representando o ensino fundamental incompleto. Já no grupo vitimado, as mulheres que foram vítimas de agressões físicas possuem em média 6,9 anos de estudo. A diferença entre as vítimas e as que não foram vitimadas é pequena, mas estatisticamente significativa, podendo ser associada ao fato de que mulheres de diferentes classes sociais, com alta ou baixa escolaridade, podem ser vitimadas. No entanto, a diferença na escolaridade pode gerar consequências na empregabilidade e renda das mulheres vitimadas (OMS, 2010).

Ao analisar o estudo de Silva (2003), intitulado "Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia" e que utilizou questionário estruturado elaborado com base no instrumento *Abuse Assessment Screen*, pode-se perceber uma perspectiva interessante sobre a realidade dos perfis das mulheres que chegam aos centros de urgência e emergência procurando ajuda após sofrerem violência. Para entender essa realidade, o questionário foi dividido em três partes, sendo a primeira delas de suma importância para este artigo. Nesta primeira parte foram questionados dados sociodemográficos das entrevistadas, como estado civil. Neste estudo, também foram consideradas casadas mulheres que possuem uniões não oficiais. Segundo a pesquisa, os parceiros foram apontados como os principais autores da violência. Entretanto, não se pode caracterizar a situação conjugal com maior ou menor risco de sofrer violência visto que, ao comparar com o tempo decorrido desde a última agressão física, as mulheres solteiras foram as que mais referiram sofrer violência nos últimos 12 meses, enquanto as separadas e viúvas foram as que mais registraram violência no último ano ou mais.

Ainda nesse viés, estudos recentes verificaram que a violência física perpetrada pelo parceiro foi quase 2,27 vezes mais prevalente em mulheres divorciadas e separadas, quando comparadas àquelas casadas. Quanto à renda familiar e à escolaridade, é percebido um acréscimo desse tipo de abuso em 41% entre as mulheres do grupo de renda menor (menor ou igual a R$1.500,00/mês), quando comparadas ao de renda maior (acima de R$ 2.925,00/mês), e de 33% entre aquelas com menor escolaridade (até oito anos de estudo) (CERQUEIRA *et al.*, 2019; ENGEL, 2009).

Ainda segundo Silva (2003), os relatos de violência independem do nível de escolaridade e da ocupação, no entanto, o autor acredita que quanto maior o nível de instrução da mulher menores as chances de ocorrer a violência, visto que diminui a possibilidade desta submeter ao agressor, e aumenta a oportunidade de luta e enfrentamento a violência. A conclusão do autor vai de encontro dos dados apresentados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que, utilizando dados da OMS sobre violência contra mulher pelo mundo, mostram que a baixa escolaridade tanto da mulher violentada quanto do agressor aumentam a chance de violência, e ressaltam que os programas escolares podem ser eficazes na prevenção de violência, principalmente em contexto de alta renda. Além disso, evidenciam que o empoderamento econômico e social, principalmente nas camadas mais baixas da sociedade, demonstram certa eficácia na redução de violência por parte dos parceiros (OMS, 2017).

Outrossim, ainda na comparativa de grande importância sobre a escolaridade e estudo, tomando por base a população de 25 anos ou mais com ensino superior completo em 2016, as mulheres somam 23,5% dessa população. Entretanto, o percentual de mulheres de cor preta ou parda com ensino superior completo é bem inferior, configurando 10,4% das mulheres compreendidas nessa faixa etária. Isso evidencia a questão racial na desigualdade de gênero, abrindo um caminho de como isso se encaixa na violência contra a mulher (IBGE, 2016).

Nesse contexto, observa-se a análise bruta e ajustada para violência sexual por parceiro íntimo ao longo da vida. Constata-se, após o ajuste, entre as divorciadas ou separadas, uma prevalência 2,18 vezes maior dessa violência, se comparadas às mulheres casadas. Levando em conta ainda que aquelas com até oito anos de escolaridade têm 63% mais ocorrências de

abuso sexual em comparação às de escolaridade maior. A violência sexual foi duas vezes mais prevalente em mulheres que sofreram abuso sexual na infância e já utilizaram drogas, quando comparadas com aquelas que negaram essas experiências. Outro ponto a destacar é o aumento em 33% do abuso sexual por parceiro íntimo, na vida, em mulheres da religião evangélica, quando comparadas às que não pertencem a esse grupo. Assim, houve maior prevalência de violência sexual entre aquelas cuja mãe apanhou do parceiro íntimo (SANTOS *et al*., 2020).

Entre essas mazelas humanas, mulheres que fumam e com histórico de uso de drogas têm, respectivamente, 34% e 64% mais prevalência de violência física do que aquelas que não relataram tais comportamentos. Quando se leva em consideração a experiência familiar e de vida, constata-se que, entre aquelas cuja mãe já apanhou do parceiro, há um aumento de 27% na probabilidade de vitimização. Entre as que têm história de violência sexual na infância, a prevalência de violência física é 45% maior comparada a mulher que não sofreu esse tipo de abuso na infância (SANTOS *et al*., 2020).

No que tange à relação entre cor e probabilidade de vitimização, a amostra é composta por 46,7% de mulheres que se declaram brancas, 44,53% que se declaram pardas, 8,1% que se declaram pretas e de 0,66% amarelas ou indígenas. Nesse viés, ao analisar a vitimização por violência doméstica a partir da cor, as mulheres pardas e pretas totalizam mais de 50% das vítimas, o que se assemelha às demais formas de crime (MARTINS, 2017).

Outrossim, a partir de outra análise, pode-se observar que as mulheres entre 20 e 49 anos são as mais vitimadas, sendo a faixa etária de maior incidência da violência doméstica a de mulheres adultas de aproximadamente 35 anos. Afirma-se que a idade se correlaciona à violência no caso de furtos e roubos, devido à fragilidade dos indivíduos com menor idade e em indivíduos mais velhos. Assim, diferente das violências relacionadas a bens materiais, o fato de a vítima da violência doméstica estar principalmente na faixa de 20 e 49 anos se relaciona ao fato de que o agressor possui algum relacionamento com a vítima. Nesta faixa etária, as mulheres possuem maior chance de estarem em relacionamentos efetivos, o que ajuda a explicar a incidência da violência (MOURA & GOMES, 2014; MARTINS, 2017).

Outro fator importante é a existência de filhos, sendo possível notar que 76% das mulheres vitimadas possuem pelo menos um filho. Nesse sentido, ao observar o grupo de mulheres que foram vitimadas, o percentual é ainda maior – em média 86% das mulheres são mães (MARTINS, 2017).

Desse modo, de acordo com as informações apresentadas, a violência afeta principalmente mulheres pardas, com idade média de 35 anos, com escolaridade e renda baixas. Além disso, a maioria das vítimas são solteiras e possuem filhos, o que implica em diminuição da renda familiar *per capita*.

Importância do atendimento interdisciplinar

Após entender como os fatores socioeconômicos influenciam nos casos de violência contra mulher e criam diferentes perfis de vítimas, deve-se entender qual a necessidade de uma equipe multidisciplinar para o atendimento dessas mulheres. Apesar da violência sexual e física serem as mais comuns quando se trata de violência contra mulher, ainda há a violência psicológica, moral e até patrimonial. Sendo assim, o atendimento a essas mulheres, na esfera da saúde, vai muito além do tratamento das feridas visíveis.

O atendimento às mulheres se inicia no acolhimento feito na hora que a vítima chega ao atendimento de forma ativa, ou, até mesmo, quando o atendimento vai até seu encontro, seja em casa ou no trabalho. Depois, o atendimento passa pela criação de vínculo, confiança, tratamento específico das patologias físicas e mentais e por todo um acompanhamento e retorno às funções normais da vida desta mulher. O atendimento da vítima depende de uma organização da esfera da saúde, com uma equipe coesa e multidisciplinar, que consiga prestar apoio e serviço do momento do acolhimento até o tratamento das cicatrizes desta violência que muitas vezes se traduz em distúrbios psicológicos ou em patologias físicas crônicas.

Partindo dos pressupostos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como orientação do modelo assistencial e considerando a complexidade da violência doméstica contra as mulheres em áreas rurais, o trabalho em equipe tende a proporcionar maior resolutividade dos casos. Uma vez que, em uma equipe, embora cada um dos profissionais que a integre possua competências, deveres e encargos individuais, há uma interdependência entre estes visando o alcance de objetivos compartilhados (NAVARRO *et al.*, 2013).

Nesse quadro de combate, entre os profissionais de saúde que estão envolvidos no processo de enfrentamento da violência doméstica contra as mulheres, destaca-se o agente comunitário de saúde (ACS), que integra a equipe da ESF. Nesse contexto, pelo fato de habitar a mesma área de abrangência em que trabalha, esse profissional apresenta a possibilidade de conhecer a dinâmica familiar e pode, em muitos casos, identificar situações de violência doméstica a partir da própria observação ou pela relação de vínculo estabelecida com os usuários (JACINTO, 2018).

Então, entende-se que o que leva a um atendimento multidisciplinar de sucesso na seara da saúde é o momento do acolhimento e resgate da vítima. Por isso, a análise de falas de algumas ACS é importante para identificar que as visitas domiciliares constituem um instrumento de grande relevância, uma vez que as ACS podem construir uma relação de vínculo e confiança com as mulheres que residem em áreas rurais e urbanas, o que tende a facilitar a identificação de situações de violência doméstica.

Neste espaço, os profissionais são capazes de detectar sinais e manifestações de diferentes tipos de violência, além de abordar a mulher para que esta realize o relato da violência vivenciada. Em alguns estudos, as ACS esforçaram-se para dar informações e continuidade às práticas de cuidado a mulheres rurais em situação de violência, mas não se sentiam capazes de abordar sozinhas a questão, mencionando que o trabalho em equipe poderia tornar esse cuidado mais fácil de executar (SILVA *et al.*, 2013). Percebe-se a importância dos ACS para o primeiro contato com as vítimas, mas, ainda assim, faz-se necessário um atendimento interdisciplinar completo para que o trabalho fique mais fácil e melhor executado.

Segundo Adeodato *et al.* (2005), em seu estudo sobre a qualidade de vida e a depressão em mulheres vítimas de seus parceiros, 60% das mulheres entrevistadas se sentiram seguras para relatar ao médico que as atendeu que seu parceiro foi o responsável pela agressão, e cerca de 56% relataram que o médico tentou convencê-la a denunciar o seu parceiro, ou tentou encaminhá-la a outro profissional, como psicólogo ou assistente social. Percebe-se com isso que a relação médico-paciente vai muito além do tratamento de feridas físicas, sendo o médico e os demais agentes de saúde fundamentais para que as mulheres vítimas de violência encontrem

segurança ao tratar de seus problemas nos atendimentos de saúde.

Como já foi dito, as violências física e sexual se caracterizam como os principais fatores que levam as mulheres a procurar ajuda em centros de saúde, sendo necessária uma grande movimentação desde as pequenas salas de curativo ambulatorial das unidades básicas de saúde, até as grandes salas cirúrgicas em hospitais. Apesar de serem muitas as fraturas e hematomas os focos principais do tratamento, deve-se ter em mente que as intercorrências físicas geram memórias desagradáveis e transtornos mentais que se tornam crônicos nas pacientes. Mulheres que sofrem violência, principalmente de familiares e parceiros, aumentam sua chance de desenvolver transtornos como depressão, insônia e hipertensão, moléstias essas que são residuais dos ataques físicos e que perduram por muitos anos (ADEODATO *et al.*, 2005).

Entende-se por isso a importância do papel dos psicólogos no atendimento interdisciplinar às mulheres em situação de violência. Nos modelos antigos de intervenção aos casos de violência, o papel da psicologia no atendimento às vítimas era um desafio, afinal, não havia uma multidisciplinariedade compreendida por parte dos outros integrantes da equipe de saúde. Além disso, os casos de violência eram destacados como trabalhos difíceis, desgastantes e de responsabilidade quase que completa do psicólogo. Muitas vezes, o papel deste profissional não era muito bem delimitado, sendo a ele negado os últimos casos de intervenção, quando já havia um desgaste do paciente devido a diversas conversas e anamneses feitas de forma isolada, as quais não agregam à saúde física e mental da mulher (PORTO, 2006).

Ainda hoje o papel do psicólogo no atendimento de mulheres violentadas não tem sua importância completamente reconhecida. Sabe-se que o psicólogo é muito necessário nos casos de violência psicológica e de baixa autoestima da mulher que convive com a violência, além de ser peça fundamental no suporte a depressão, insônia e diversas patologias crônicas que são desenvolvidas após o ato violento sofrido, como hipertensão arterial, por exemplo. No entanto, ainda não é devidamente reconhecida a necessidade do profissional psicólogo na atuação direta da saúde mental, o que é visto como um trabalho necessário, mas que muitas vezes não faz parte de uma intervenção mais ampla ou integral de saúde (PORTO, 2006).

A demanda apresentada pela mulher no serviço de saúde promove uma reflexão interessante: não é somente a cura do corpo que se busca no atendimento de saúde e nem os medicamentos para as dores do corpo que levam a procura de atendimento, mas a necessidade de escuta em seu sofrimento, e o profissional da escuta é identificado como a/o psicólogo. No entanto, é um problema quando a usuária não quer ser atendida, sendo necessária a intervenção de outros profissionais que podem convencê-la da importância, criando uma ponte paciente-psicólogo (PORTO, 2006).

Dessa forma, entende-se que o sofrimento não cessa, a agressão torna o sofrimento crônico com o passar dos anos tendo repercussão sobre a saúde do corpo e da mente. Gera assim um ciclo de demandas que necessitam de intervenção dos centros de saúde que, sem uma estrutura física e profissional capacitada para atender essas mulheres, acaba trazendo um sentimento de frustração para aquele que presta o serviço, causando a impressão de que o atendimento a violência e suas demais queixas é onerosa do ponto de vista econômico, cansativo e sem um desfecho realmente eficaz. Para a vítima que muitas vezes chega sem se queixar da violência em si, e sim seus efeitos, o

atendimento se torna constrangedor, cansativo e lhe dando, muitas vezes, a impressão de que está incomodando o serviço de saúde. Assim, entende-se os maiores índices de suicídio, depressão, abuso de drogas e álcool entre as mulheres violentadas. Além da saúde reprodutiva, que também é muito afetada, percebe-se maiores índices de doenças pélvicas inflamatórias, dores pélvicas crônicas, doenças sexualmente transmissíveis como gonorreia e AIDS, assim como gravidezes indesejadas (SCHRAIBER, 2001, p. 107-109).

Como muitas vezes não há estrutura ou profissionais capacitados para tal atendimento, afinal não há psicólogos em todos os serviços de saúde, o que ocorre muitas vezes é que outros profissionais fazem o papel de ouvinte, como as ACS, já citadas anteriormente, que muitas vezes se tornam o elo de confiança entre paciente e serviço de saúde. Também é frequente que enfermagem e técnicos acabem cumprindo esse papel, por estarem no primeiro contato com a chegada desse paciente no centro de saúde. O médico também faz parte desse movimento e acaba tendo de fazer a parte da escuta até mesmo para entender o caso, construir sua anamnese e fazer o encaminhamento devido para cada caso.

Por este motivo, os profissionais devem ter um mínimo de preparo para atender mulheres nestas situações, já que muitas vezes o serviço não é adequado para este acolhimento. Desta forma, os profissionais da saúde devem se ater aos condicionantes econômicos e sociais, ler a ficha da mulher a sua frente, perguntar sobre sua relação com o parceiro, entender a relação familiar, explicar sobre os diversos tipos de violência, sobre educação sexual e sobre problemas de saúde que podem vir a acometê-la. Também é essencial prestar atenção em seu entendimento e dar o espaço de fala a essa mulher, se mostrando atento e receptivo. Assim, o atendimento a violência deixará de ser um tabu entre os profissionais de saúde, o que proporcionaria um atendimento digno para mulheres em situação de vulnerabilidade, mesmo quando o serviço em si não mostra estrutura ou uma equipe tão especializada para o caso.

Se necessário deve-se utilizar das ferramentas de territorialização, como os genogramas, que funcionam como um registro gráfico das relações entre familiares, facilitando a visualização de momentos importantes, relações conflituosas e ciclos repetitivos dentro das famílias. O uso dessas ferramentas fundamentais da atenção primária para o mapeamento da violência contra mulher é fundamental, pois, conhecendo o funcionamento, as relações e o ciclo de vida daquela paciente violentada e da família que a cerca, os profissionais podem criar estratégias de intervenção, entender a realidade da paciente e principalmente prevenir outros casos de violência contra mulher.

Também é interessante se ater a importância dos exames para detecção de possíveis doenças sexualmente transmissíveis, o que se explica pela gravidade das patogenicidades de muitas infecções sexualmente transmissíveis (IST) como, por exemplo, a gonorreia. A gonorreia é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae* que é adquirida na maioria das vezes por contato sexual com outra pessoa contaminada, mas também podendo ser transmitida por contato íntimo com uma lesão ativa, transfusão sanguínea e por via placentária. Outra patologia sexual importante é o linfogranuloma venéreo, que é uma infecção causada por *Chlamydia trachomatis* caracterezada por um bulbo inguinal que acaba sofrendo ulceração secundária. O diagnóstico é feito por uma busca minuciosa por parte do médico e de exames laboratoriais. Percebe-se, mais uma vez, a necessidade de um atendimento diferenciado,

com um olhar atento por parte dos profissionais para com essas pacientes (PORTO & PORTO, 2014).

A anamnese de um paciente é uma das partes mais importantes da consulta é muito importante nos casos de violência, pois é durante a anamnese e o exame físico que o médico pode criar a hipótese diagnóstica. Ao mencionar a anamnese de uma consulta referente a violência doméstica, o médico deve redobrar o cuidado de fazer as perguntas certas e prestar atenção no trato com sua paciente. Ao receber uma paciente que sofreu violência sexual o médico precisa seguir todos os passos da anamnese e mesmo assim, com frequência, deve-se voltar a interrogar a paciente para sanar dúvidas que não foram tão bem esclarecidas. Para conseguir investigar com propriedade as queixas da paciente e muitas vezes descobrir a violência sexual, deve-se ficar alerta aos principais sinais e sintomas das afecções dos órgãos genitais femininos, como hemorragias, distúrbios menstruais, dor, tumoração, corrimento, prurido e distúrbios sexuais (PORTO & PORTO, 2014).

Percebe-se assim a importância da anamnese para que todo o processo de conduta seja feito da melhor forma. Desde o primeiro contato com a paciente, seguindo por sua identificação que pode dar ao médico informações preciosas como nome, idade, estado e religião. Após a identificação, a queixa principal vem para direcionar a consulta que muitas vezes é a porta de entrada para as vítimas, que não chegam relatando a violência em si. Depois, com história da doença atual, o médico pode conseguir chegar mais a fundo na patologia apresentada e ter os primeiros relatos da violência. Na identificação de sintomas dos demais sistemas, o médico pode encontrar outras evidências da violência que podem deixar o quadro mais claro, seguindo pela história mórbida familiar e hábitos de vida. Para finalizar, um exame físico adequado pode consolidar o diagnóstico e evidenciar demais achados tanto da patologia apresentada como da violência que lhe deu origem (PORTO & PORTO, 2014).

Após entender o papel de muitos profissionais no atendimento a mulheres que sofreram violência, percebe-se que há duas subdivisões. A primeira parte do atendimento pragmático que segue os parâmetros dos protocolos necessários para a identificação da violência, e a segunda se refere ao acolhimento da paciente. O atendimento pragmático se caracteriza pelo tratamento das patologias envolvidas, seguido por anamnese, história clínica e investigação, usando as ferramentas da atenção básica. Já o acolhimento é desenvolvido em todos os graus do atendimento, feito pelos diversos profissionais capacitados ao atendimento dessas mulheres.

No estudo de Leal *et al.* (2011), quando enfermeiras foram questionadas sobre como o seu conhecimento adquirido poderiam ajudar as mulheres que foram violentadas, elas preferiam lembrar das palavras como apoio, ajuda, encaminhar, ouvir, denúncias, proteção, empatia, entre outras. Também foi questionado se acreditavam que a violência contra a mulher era considerada um problema de saúde pública, e a maioria dos entrevistados confirmou que achavam que a violência contra a mulher é um problema de saúde pública. Sendo assim, entende-se que as enfermeiras acreditam que a violência contra mulher é um problema de saúde pública, o que vai ao encontro a outras literaturas. Dessa forma, as enfermeiras acreditam que o seu conhecimento adquirido na formação de enfermagem permite, além de seguir os protocolos já comentados para o atendimento, atuar no acolhimento dessas mulheres violentadas.

Muitos entrevistados da área da enfermagem referiram que a contribuição da formação acadêmica e profissional são de suma importância para identificar uma mulher em situação de violência, caracterizar o quadro de violência e saber como conduzir o caso. Ressalta-se que esse apoio pode auxiliar a mulher a enfrentar a situação. Porém a ajuda, em muitos casos, só é possível quando a vítima já está em condições de ser ajudada, ou seja, conseguiu identificar que está em situação de violência e decidiu romper com esse ciclo. Muitos acreditam que a enfermagem pode atuar ativamente no momento da prevenção contra violência, já que possuem um acesso direto a muitos pacientes, se incumbindo do dever de informar e aconselhar para que a violência não volte a ocorrer (LEAL *et al.*, 2011).

Uma boa visão da prevenção contra a violência seria o conjunto de trabalho dos enfermeiros com as ACS, fazendo o contato inicial e atuando no período pré-violência, informando sobre o que é violência, como denunciá-la e agindo no primeiro momento pós-violência. Já médicos e psicólogos ficariam responsáveis pelo acolhimento já nos espaços da saúde, atuando na percepção da violência e no tratamento das feridas físicas e mentais, além de preparar essa mulher para retomar sua vida pós-violência, dando apoio e mostrando compreensão.

Ainda atendo-se ao combate, outras estratégias de prevenção primária que têm se revelado promissoras, ainda que devam ser avaliadas mais a fundo, são, por exemplo, aquelas que combinam o empoderamento econômico da mulher à formação em igualdade de gênero, as que fomentam a comunicação e as relações interpessoais dentro da comunidade, as que reduzem o acesso ao álcool e seu uso nocivo e, ainda, as que mudam as normas culturais em matéria de gênero (OMS, 2010).

Assim, há um número crescente de estudos bem desenvolvidos que analisam a eficácia dos programas de prevenção e resposta. Nesse sentido, são necessários mais recursos para fortalecer a prevenção e a resposta à violência por parte do parceiro e à violência sexual, incluindo a prevenção primária, ou seja, impedir que a violência ocorra. Em relação à prevenção primária, há evidências de países de alta renda que demonstram a eficácia de programas escolares para prevenir a violência em relacionamentos. No entanto, estes ainda não foram avaliados em contextos com poucos recursos.

CONCLUSÃO

A partir da revisão, foi possível compreender melhor como os atendimentos interdisciplinares podem ajudar nos casos de violência contra a mulher impactados por condicionantes sociais. Esse tipo de violência, que pode ser tanto física, psicológica ou sexual, geralmente é causado pelos próprios parceiros ou por ex-parceiros. No entanto, como essas mulheres muitas vezes dependem financeiramente dos seus agressores, a denúncia acaba não sendo uma opção.

Dessa forma, após a análise dos artigos, ficou evidente que condicionantes como baixa renda, baixa escolaridade (quanto maior o nível de instrução da mulher, menor as chances de ocorrer a violência), relação familiar e conjugal instável, cor da pele (mulheres negras e pardas são as que mais sofrem violência), abuso na infância e hábitos danosos à saúde (tabagismo, alcoolismo e uso de drogas) estão intimamente relacionados com o aumento da probabilidade de ocorrerem atos de violência contra a mulher e, em última análise, feminicídio. Sendo assim, fica claro que esse tipo de agressão é um grave problema de saúde pública que deve ser combatido com eficiência pelo poder público.

Com relação a violência física contra a mulher, sabe-se que ela normalmente ocorre em várias regiões do corpo, principalmente face, cabeça e pescoço, o que demonstra a gravidade dos atos, devido, principalmente, à fragilidade das áreas atingidas, que possuem estruturas vitais e que podem ser facilmente comprometidas, como o encéfalo (SCHRAIBER, 2001). Os membros superiores, membros inferiores e região do tórax e do abdome também são frequentemente agredidos, o que pode, por exemplo, causar invalidez por perda de motricidade, prejudicando ainda mais a qualidade de vida da mulher agredida (SCHRAIBER, 2001).

Além disso, foi constatado que as agressões físicas durante a violência, muitas vezes, não são os maiores problemas do atendimento da saúde a essas mulheres. Afinal, como foi observado, as feridas vão muito além das agressões físicas, são muitas vezes psicológicas e podem evoluir para patologias sistêmicas, que levam tempo para serem detectadas e são difíceis de curar. Ficam evidentes as necessidades de um atendimento interdisciplinar que acolha a vítima e de espaço de fala, para que muitas patologias não evoluam.

Pensando nessas questões, o Ministério da Saúde lançou em 1984 o Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PAISM), com objetivo de oferecer uma rede de apoio às mulheres que sofreram violência. Neste sentido, entende-se que para um melhor atendimento dos serviços de saúde para com as mulheres vítimas de violência deve-se primeiramente apostar em profissionais treinados e qualificados para esse tipo de assistência, que necessita de uma abordagem única cuja principal característica deve ser a escuta. Isso ocorre pois, como já foi dito, muitas vezes a paciente não vem com a queixa própria da violência, mas com queixas adjacentes, logo, cabe ao profissional direcionar o atendimento para que se crie um vínculo e a paciente se sinta confortável para contar sua história e esmiuçar suas queixas.

Portanto, é de suma importância que seja feita uma boa anamnese. Na história da doença atual (HDA), o médico pode ter os primeiros indícios de uma possível violência. Já na parte do interrogatório, sobre os diversos aparelhos e sistemas e hábitos de vida, é possível aprofundar a hipótese. Por fim, o exame físico pode consolidar o diagnóstico e também identificar a ocorrência de possíveis IST, como gonorreia ou linfogranuloma venéreo, pois um diagnóstico precoce auxilia na condução do tratamento terapêutico.

Os profissionais da saúde devem também se ater aos condicionantes econômicos, ler a ficha da mulher a sua frente, perguntar sobre sua relação com o parceiro, entender a relação familiar, explicar sobre os diversos tipos de violência, educação sexual e problemas de saúde que podem vir a acometê-la. Além disso, devem prestar atenção na sua perspectiva sobre a situação e dar o espaço de fala a essa mulher, mostrando-se atentos e receptivos. Se necessário, devem utilizar as diversas ferramentas de territorialização, como genogramas, para mapear e compreender a atmosfera vivida pela paciente.

É vital que os serviços de saúde prestem uma ajuda continuada, pois o sofrimento dessas mulheres normalmente é crônico, o que indica maiores chances de desenvolver doenças como depressão, insônia, ansiedade e hipertensão. Dessa forma, evita-se que elas se sintam frustradas ou com a impressão que suas queixas são constrangedoras ou onerosas.

Percebeu-se a importância do trabalho dos psicólogos no atendimento a mulheres que sofreram algum tipo de violência e do atendimento conjunto de enfermeiros e ACS tanto na prevenção, acolhimento e continuidade do

atendimento, criando uma relação de confiança entre paciente e profissional da saúde.

Este artigo de revisão buscou demonstrar como a violência contra a mulher é velada e se relaciona estreitamente com os condicionantes sociais. Este contexto necessita de uma compreensão mais ampla pela sociedade e pelo poder público a fim de buscar a melhor solução para garantia de direitos e liberdades para toda mulher, além de um atendimento multidisciplinar e continuado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEODATO, V.G. *et al*. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. Revista Saúde Pública, v. 39, 2005.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A.R.F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, p. 950, 2006.

CERQUEIRA, D. *et al*. Participação no Mercado de Trabalho e Violência Doméstica contra as Mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, 2019. (Texto para discussão, n. 2501).

ENGEL, C.L. A violência contra a mulher. Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

FAÚNDES, A. *et al*. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 28, p. 126, 2006.

JACINTO, A.M.F.L. Violência doméstica contra a mulher: representações e práticas do agente comunitário de saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018.

LEAL, S.M.C. *et al*. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 15, p. 409, 2011.

MARTINS, J.C. Determinantes da violência doméstica contra a mulher no Brasil [dissertação]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, 2017.

MOURA, L.N.B. & GOMES, K.R.O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 853, 2014.

NAVARRO, A.S.S. *et al*. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. Revista Mineira de Enfermagem, v. 17, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa - Áreas temáticas: Educação. ONU Mulheres Brasil, 2010. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/areas-tematicas/fim-da-violencia-contra-as-mulheres/evaw-educacao/. Acesso em: 20 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa - Violência contra as mulheres. OPAS Brasil. Banco de notícias, nov. 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820. Acesso em: 5 maio 2021.

PORTO, C.C. & PORTO, A.L. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2014.

PORTO, M. Violência contra a Mulher e Atendimento Psicológico: o que pensam os/as Gestores/as Municipais do SUS. Psicologia, Ciência e Profissão, v. 26, p. 426, 2006.

SANTOS, I.B. *et al*. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 1935, 2020.

SCHRAIBER, L.B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? Revista USP, v. 51, p. 104, 2001.

SCHRAIBER, L.B. & OLIVEIRA A.F.P.L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. 2. ed. São Paulo: Fundação Ford; CREMESP, 2003.

SILVA, I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, p. S263, 2003.

SILVA, E.B. *et al*. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, 2013.

TAUCHEN, H.V. *et al*. Domestic violence: a nonrandom affair. International Economic Review, v. 32 p. 491, 1991.

TEIXEIRA, T.A.T. Violência contra as mulheres como problema de saúde pública: desafios e perspectivas. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11.; WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 13., 2017, Florianópolis. Anais... Florianópolis: [s.n.], 2017.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 9

IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS: REVISÃO INTEGRATIVA

AUTORAS

JUCIELE GOMES DOS SANTOS[1]
LARISSA CARDOSO DOS SANTOS[1]
EMILLY DOS SANTOS LEMOS[1]
LARISSY LEONILDES TAVARES PEREIRA DO NASCIMENTO[2]
KHALLIJAH FARIAS MONTENEGRO[3]
GLEISIANE GASPAR LEAL DE VASCONCELOS[4]
LETÍCIA DA SILVA SANTOS[5]
ISABELA FÉLIX MEIRA ARAÚJO[6]

FILIAÇÃO

1. Discente - Enfermagem da União Metropolitana de Educação e Cultura.
2. Discente - Enfermagem do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora.
3. Discente - Enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat.
4. Discente - Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão.
5. Discente - Enfermagem do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora.
6. Doutoranda - Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Palavras-chave: ***Papel do profissional de enfermagem; Ética em enfermagem; Enfermagem.***

INTRODUÇÃO

A centralidade da fundamentação teórico-científica da enfermagem está na essência do cuidado humano e do seu núcleo de convivência, sendo este familiar, social e afetivo, preocupando-se sempre em ações de prevenção, promoção e proteção à saúde dos indivíduos por intermédio das práticas assistenciais e gerenciais em enfermagem. Por isso, os profissionais de enfermagem são fundamentais para promoção do conforto, acolhimento, qualidade de vida dos pacientes / usuários, sendo responsável pela coordenação dos serviços de saúde, incentivo ao autocuidado e orientações de educação em saúde (STOLARSKI *et al.*, 2009).

No entanto, para que o cuidado de enfermagem inicialmente fosse realizado de maneira qualificada e eficiente, humanizada e centrada no paciente, foi preciso a normatização das atividades profissionais, proporcionando uma sistematização da assistência, no qual cada profissional soubesse sua funcionalidade e importância em uma equipe multiprofissional (COFEN, 2009; SANTOS, 2021; STOLARSKI *et al.*, 2009).

Segundo a lei que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, a enfermagem e suas atividades auxiliares apenas podem ser desempenhadas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição na área onde advém o exercício, sendo privativamente exercida pelo enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem e pelas parteiras, considerados os referentes graus de habilitação (BRASIL, 1986).

Por conseguinte**,** a moralidade geral do exercício da enfermagem pede uma correlação nas condutas dentro da equipe, na qual se encontram incluídas a área científica e a área moral (MONTENEGRO *et al.*, 2016). À vista disso, a moral coletiva dos enfermeiros tem instigado o cuidado das instituições de saúde em resolver as desigualdades que abrangem não somente profissionais de enfermagem, mas também todos da equipe multiprofissional (SOUZA *et al.*, 2015).

No que concerne a formação superior de enfermagem, algumas instituições trazem as bases dos princípios morais incluídas transversalmente na grade curricular, estabelecendo um panorama de ensino que permanece próximo ao estudante, assistindo-o como personagem principal e individual do que está sendo estudado e praticado, de maneira aprovada e segura, a fim de contribuir para a sua reflexão e capacitação necessária no atendimento eficaz ao usuário do serviço de saúde (KOHARCHIK *et al*., 2017).

Logo, a prática de enfermagem deve ser realizada com responsabilidade em direção à resolução dos problemas de saúde do sujeito e coletividades, visando prestar uma assistência de maneira integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde e com competência para resolução de problemas e desenvolvimento de ações e estratégias na busca pela diminuição e extinção dos agravos em saúde.

Diante disso, ressalta-se que as ações em enfermagem requerem, além do conhecimento técnico-científico, a compreensão sobre as questões legais que embasam a moralidade dos profissionais, identificando a relevância de pesquisas que abordam e discutem a temática.

Este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre as atribuições legais da enfermagem e discutir a importância do conhecimento dos profissionais acerca da Lei do Exercício Profissional e das competências do integrante da equipe de enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa da literatura, cujo objetivo foi reunir e sintetizar os resultados de pesquisas acerca de determinado tema ou assunto, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o entendimento do tema proposto. Esse tipo de pesquisa abrange as publicações pertinentes sobre o tema escolhido, propicia a síntese e conclusão dos estudos selecionados, além de sinalizar a necessidade de novas pesquisas frente a lacunas encontradas. Ademais, a presente revisão foi realizada a partir do cumprimento criterioso de seis etapas, a saber: 1) identificação do problema; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão e pesquisa bibliográfica; 3) definição das informações e categorização dos estudos; 4) avaliação das produções selecionadas; 5) análise dos resultados; e 6) apresentação da revisão com a síntese do conhecimento (MENDES *et al.*, 2008).

Neste estudo, foi adotada a estratégia PICO para a elaboração do problema de pesquisa e definição dos critérios de elegibilidade, na qual (P) Participantes: Equipe de Enfermagem; (I) Intervenção: Atribuições Legais; (C) Comparador: não foi aplicado nesta pesquisa; (O) *Outcomes* ou Desfecho: atribuições legais e a importância do conhecimento dos profissionais de enfermagem. A questão de pesquisa foi: Qual a importância do conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais e das competências individuais do enfermeiro enquanto integrante da equipe de enfermagem?

O levantamento bibliográfico foi realizado em julho de 2021, por meio de consulta nas bases dos dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrievel System Online* (MEDLINE), Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba (CUMED), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* e Base de Dados de Enfermagem (IBECS), através da Biblioteca Virtual em Saúde.

Inicialmente os estudos identificados por meio da busca bibliográfica nas bases de dados compuseram um total de 2.874 produções. Realizado o levantamento, procedeu-se à leitura dos títulos (pré-seleção das publicações), na qual 239 artigos foram selecionados e, na sequência, com a aplicação dos critérios de exclusão e leitura dos resumos, se excluiu 217 desses artigos. Na última etapa com a análise das produções na íntegra, foi composta uma planilha com 19 estudos incluídos na revisão, sendo dez artigos utilizados para compor os resultados, e nove distribuídos nas demais etapas da revisão.

Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra e gratuitamente, publicados em português, inglês, espanhol, com recorte temporal de 2016 a 2021. As buscas nas bases tiveram como descritores: “papel do profissional de enfermagem”, “ética em enfermagem” e “enfermagem prática”.

Os cruzamentos entre os termos foram realizados em pares e em trios, interligados pelos operadores booleanos *“AND”*, sendo feitas as seguintes combinações: ‘papel do profissional de enfermagem’ *AND* ‘enfermagem prática’; ‘ética em enfermagem’ *AND* ‘enfermagem prática’.

Foram critérios de exclusão: publicações repetidas, estudos de revisão, resumos de congressos, anais, editoriais, monografias, dissertações, teses, além de estudos que não respondessem ao objetivo ou à questão norteadora de pesquisa delineada.

Em virtude da natureza da pesquisa, sua avaliação e aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada, todavia os aspectos éticos e os direitos de autoria das produções citadas foram devidamente respeitados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente os estudos recuperados por meio da pesquisa bibliográfica nas bases de dados compuseram um total de 2.874 produções, e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão elegeu-se 21 artigos para compor a análise interpretativa.

De cada artigo selecionado, foram extraídas informações relevantes que foram adicionadas a uma planilha elaborada previamente pelos autores, a qual continha as seguintes variáveis: título, autores(as), ano de publicação, metodologia e principais resultados. Tal instrumento permitiu compilar e sintetizar informações para posterior apresentação com discussão e análise dos resultados.

Os resultados obtidos na análise dos estudos selecionados para compor a amostra encontram-se a seguir, no **Quadro 9.1**.

Quadro 9.1 Seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com título, autor, metodologia e principais resultados

Autor/Ano	Título	Metodologia	Principais Resultados
THEIS & SILVA (2017)	O gerenciamento de enfermagem em projetos de pesquisa interprofissionais: relato de experiência	Pesquisa qualitativa de abordagem descritiva	É necessário que o enfermeiro compreenda o processo de liderança, desenvolvendo as habilidades necessárias. Portanto, é importante adequar a pessoa à função, para se sejam obtidos resultados mensuráveis pontuados em eficácia e eficiência. Esta adequação começa a partir da captação dos recursos humanos ao traçar o perfil e as competências que a organização espera desse profissional.
VALENTIM *et al*. (2020)	Percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao trabalho em equipe	Estudo transversal, exploratório e de campo	A equipe de enfermagem é liderada pelo enfermeiro, que é capaz de influenciar no direcionamento da equipe para o trabalho coletivo e em busca dos melhores resultados. Dessa forma, destaca-se a importância do papel do enfermeiro em conduzir o trabalho em equipe a fim de minimizar situações de conflito e impactar nos resultados do cuidado.
MACHADO *et al*. (2019)	Percepção de enfermeiros de unidades de internação clínica sobre a sistematização da assistência de enfermagem	Estudo descritivo qualitativo	Destacou-se que o profissional precisa exercer uma prática que destaque a sua competência, bem como desenvolver atitudes e habilidades que são direcionadas a um cuidado com compromisso ético e responsabilidade. É preciso somar esforços para que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se torne uma realidade nas instruções.
ROSA *et al*. (2020)	Percepções de enfermeiros acerca da atuação profissional no contexto do atendimento pré-hospitalar móvel	Pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa	Percebeu-se a importância do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro do atendimento pré-hospitalar (APH) móvel devido a diversidade de atividades que este profissional realiza, como o gerenciamento do atendimento, supervisão da equipe e educação permanente, atuação direta a pacientes graves em situações complexas visando sempre o atendimento com qualidade. Sua função e formação específica são fundamentais para alcançar a excelência no socorro às vítimas.

ROMANI *et al.* (2017)	A prática pedagógica do enfermeiro da emergência da policlínica regional da engenhoca: barreiras, conquistas e desafios	Estudo exploratório com abordagem qualitativa	Identificou-se que a prática educativa é inerente ao exercício profissional da Enfermagem e pode ser realizada tanto por profissionais que já atuam nos serviços, quanto por aqueles que estão em processo de formação. Portanto, exige-se do profissional um amplo conhecimento das práticas educativas, de maneira a tentar uma aproximação das necessidades de cada um, fazendo do ato educativo um momento de diálogo onde todos os envolvidos possam sair modificados pela interação.
SILVA *et al.* (2020a)	Caracterização de processos éticos instaurados contra profissionais de enfermagem	Investigação descritiva, exploratória e documental	Observou-se que além da formação adequada é imprescindível destacar a importância de ações de reciclagem assim como a reabilitação dos infratores, pois é direito do profissional de enfermagem atualizar-se. Cabe a instituição empregadora e ao conselho de classe implementar essa prática.
D'ARCO *et al.* (2016)	Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa	Observou-se que o cuidado humanizado não impede a utilização de tecnologia, mas os profissionais que fazem uso desta devem estar preparados para aplicá-la, ou seja, esse profissional deve determinar o limite de sua utilização, que será definida individualmente para cada paciente após reflexão multidisciplinar realizada periodicamente. Quando os profissionais mantêm o controle do uso da tecnologia nas Unidades de Terapia Intensiva, promovem assistência centrada no ser humano, e, portanto, diminuem sua vulnerabilidade.
SILVA *et al.* (2018)	Vivência deontológica da enfermagem: desvelando o código de ética profissional	Estudo exploratório, descritivo	Ações educativas sobre aspectos deontológicos no exercício profissional podem prevenir as ocorrências de caráter antiético para evitar danos aos pacientes e prejuízos à Enfermagem e à instituição. Enfatiza-se ainda que, por estarem diariamente sujeitos às infrações e/ou ocorrências éticas, os profissionais de enfermagem precisam se imbuir de conhecimentos acerca de preceitos bioéticos, éticos e legais presentes na legislação geral e no Código de Ética de Enfermagem, que norteiam a prática do cuidado.
MC GILLICUDDY *et al.* (2017)	Oral medicine modification for older adults: a qualitative study of nurses	Estudo qualitativo com enfermeiras	A administração de medicamentos foi reconhecida por participantes como um aspecto fundamental de sua função e os enfermeiros viam a administração de medicamentos como sua área de experiência. No entanto, a partir das entrevistas, ficou claro que as responsabilidades dos enfermeiros se estendiam para muito além de simplesmente modificar e administrar a medicação. As enfermeiras estão na linha de frente da prestação de cuidados de saúde e desempenham um papel central em todos os aspectos do atendimento ao paciente relacionados à medicina modificada.
AYRES *et al.* (2018)	A contextualização do aborto sob a ótica do enfermeiro	Pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa	Salientou-se que o profissional enfermeiro, apesar de estar inserido no contexto da Saúde da mulher, entende que a mulher não é a única responsável pelo planejamento reprodutivo do casal. Interpretou-se que a decisão sobre o aborto é da mulher, pois possui o corpo que irá sofrer com todas as mudanças de um ciclo gravídico puerperal é ela.

Foi possível perceber que o compilado de artigos revisados focou no indispensável desenvolvimento profissional dos enfermeiros e, para isto, faz-se necessário a prática constante do Processo de Enfermagem (MACHADO *et al*., 2019). No entanto, ao se pensar sobre o exercício da enfermagem dentro da área de iniciação científica, nota-se que os enfermeiros estão avançando neste campo (THEIS & SILVA, 2017). A ação pedagógica, em áreas distintas, como da equipe de enfermagem com o público ou entre si e com os alunos, dissocia a visão semelhante de ocupação, ensino e de estudo e exige dos enfermeiros uma vasta experiência com as condutas de ensino (ROMANI *et al.*, 2017). Nesse contexto, mostra-se a falta de um efetivo sistema de ensino contínuo e completo para os enfermeiros (SILVA *et al*., 2020b).

A respeito da configuração ética e moral da classe, é possível ressaltar que a compreensão reduzida da equipe de enfermagem acerca do Código de Ética Profissional consegue criar uma divisão expressiva dentre o serviço de fato feito e o conhecimento moral (SILVA *et al*., 2018). Em relação ao apuramento da condição das equipes de enfermagem sobre a excelência na execução das ações no cenário do Atendimento Pré-hospitalar por exemplo, ficou evidente que as atribuições dos profissionais de enfermagem são essenciais, considerando as múltiplas funções que os enfermeiros e técnicos de enfermagem considerando as múltiplas funções que os enfermeiros e técnicos de enfermagem possuem e que vão se modificando em relação à função no âmbito da assistência em casos graves (ROSA *et al.*, 2020).

Outro modelo de conduta em meio às atribuições legais são as discussões sobre abortamentos, nas quais os posicionamentos e atitudes da equipe de enfermagem tem um peso imenso. Os enfermeiros exercem uma função fundamental nessa questão, corroborando com a usuária do serviço de saúde no ato do aborto – nas situações aprovadas pela lei ou outra maneira – ou recusando-se a executar o procedimento com base na emenda do Código de Ética, que expressa o direito de decidir do enfermeiro, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato (AYRES *et al.*, 2018). Até na atuação administrativa, o instrumento do exercício da enfermagem é a equipe (THEIS & SILVA, 2017). Desse modo, salienta-se o valor da função dos profissionais de enfermagem em dirigir a cooperação para atenuar situações hostis que afetam a assistência prestada (VALENTIM *et al*., 2020).

Ao iniciar um atendimento que pensa no desejo de um paciente/cliente no período final da vida, por exemplo, o enfermeiro prestará um atendimento com base na empatia e caracterizado pelo conceito da beneficência, desde que em conformidade com os parâmetros legais (D'ARCO *et al*., 2016). As atribuições legais da equipe de enfermagem como defensora dos usuários do serviço de saúde foi uma temática bem desenvolvida e exposta integralmente nas referências utilizadas. Convívio e estudo a respeito desses usuários certificam que a equipe de enfermagem possua uma função essencial na detecção de problemas de saúde instalados, bem como na solução destes (MC GILLICUDDY *et al*., 2017). Logo, o reconhecimento dos profissionais de enfermagem acerca das suas competências e habilidades para o fortalecimento da prática assistencial da enfermagem visa o empoderamento e o melhor desempenho da profissão.

CONCLUSÃO

Os resultados permitiram evidenciar a necessidade dos profissionais de enfermagem de reconhecerem e expandirem seus conhecimentos sobre suas atribuições legais. Nessa

visão, é imprescindível o conhecimento específico da equipe de enfermagem sobre a funcionalidade profissional, compreendendo seus deveres e competências profissionais, para que se priorize uma assistência qualificada e um cuidado holístico voltado à população atendida.

Por isso, é preciso enxergar o processo de ensino-aprendizagem sobre os aspectos deontológicos no exercício profissional para além da formação e permitir a implementação ações e estratégias integradas em educação continuada sobre conhecimentos acerca de preceitos bioéticos, éticos e legais a todo profissional de enfermagem, incluindo aqueles que sofreram infrações e/ou ocorrências éticas, minimizando possíveis conflitos e falhas na prática da atenção à saúde.

Assim, se faz imprescindível à equipe de enfermagem empoderar-se do seu código de ética, reconhecendo assim as questões nele descritas a fim de garantir autonomia na assistência e segurança para si e para os sujeitos a serem cuidados, desenvolvendo atitudes e habilidades que são direcionadas a um cuidado com compromisso ético e responsabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, R. *et al*. A contextualização do aborto sob a ótica do enfermeiro. Nursing, v. 21, p. 2334, 2018.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução Cofen, n. 358. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.

D'ARCO, C. *et al*. Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. O Mundo da Saúde, v. 40, p. 382, 2016.

KOHARCHIK, L. *et al*. Promoting nursing students' ethical development in the clinical setting. AJN The American Journal of Nursing, v. 117, p. 57, 2017.

MACHADO, J.P.C. *et al.* Percepção de enfermeiros de unidades de internação clínica sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Nursing, v. 22, p. 3220, 2019.

MC GILLICUDDY, A. *et al*. Oral medicine modification for older adults: a qualitative study of nurses. BMJ open, v. 7, e018151, 2017.

MENDES, K.D.S. *et al*. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, v. 17, p. 758, 2008.

MONTENEGRO, L.C. *et al*. Problemas éticos na prática de profissionais de saúde em um hospital escola. Avances en Enfermería, v. 34, p. 226, 2016.

ROMANI, J.M. *et al*. A prática pedagógica do enfermeiro da emergência da policlínica regional da engenhoca: barreiras, conquistas e desafios. Revista de Enfermagem UFPE, v. 11, p. 1963, 2017.

ROSA, P.H. *et al*. Percepções de enfermeiros acerca da atuação profissional no contexto do atendimento pré-hospitalar móvel. Enfermagem em Foco, v. 11, p. 64, 2020.

SANTOS, G.L.A. *et al*. Implicações da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática profissional brasileira. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 55, e03766, 2021.

SILVA, A.L.N.V. *et al*. Caracterização de Processos Éticos instaurados contra Profissionais de Enfermagem. Nursing, v. 23, p. 3698, 2020a.

SILVA, J.S. *et al*. O papel do profissional de enfermagem na doação de órgãos. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, v. 10, p. 85, 2020b.

SILVA, T.N. *et al*. Vivência deontológica da enfermagem: desvelando o código de ética profissional. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 7, 2018.

SOUZA, L.L. *et al*. Problematizações de gêneros no campo da enfermagem: diálogos com feminismos e a teoria queer. Revista NUPEM, v. 7, p. 121, 2015.

STOLARSKI, C.V. *et al*. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais. Revista Mineira de Enfermagem, v. 13, p. 327, 2009.

THEIS, L.C. & SILVA, C.R.L.D. O gerenciamento de enfermagem em projetos de pesquisa interprofissionais: relato de experiência. Revista Cubana de Enfermería, v. 33, e827, 2017.

VALENTIM, L.V. *et al*. Percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao trabalho em equipe. Revista Baiana de Enfermagem, v. 34, 2020.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 10

DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO EM MEDICINA DE FAMÍLIA A IDOSOS VULNERÁVEIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

AUTORES

LEIDIAINE NERIS ARÊDES[1]
VITOR BOUTROS CARVALHO[1]
MARINA GARCIA LUCATO[1]
VICTORIA GONÇALVES MENEGATI[1]

FILIAÇÃO

1. Discente - Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

Palavras-chave: Idosos vulneráveis; Projeto Terapêutico Singular; Medicina da família.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, percebeu-se um aumento da longevidade da população brasileira e mundial. Segundo dados de projeção, o número de idosos pelo total da população brasileira irá aumentar 2,25 vezes em 2060, alcançando uma faixa de 32,16% de idosos em relação à população total do Brasil (IBGE, 2010).

Acerca dos conceitos de envelhecimento enunciados no Tratado de Geriatria e Gerontologia, a definição de senescência (senectude) é o resultado de uma soma de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias da fase de envelhecimento normal do ser humano (FREITAS & PY, 2016). Em paralelo, o termo senilidade é caracterizado por diversas modificações físico-psíquicas, como problemas patológicos internos do próprio indivíduo ou causados por fatores externos.

Em vista das necessidades específicas desta crescente faixa da população, foi criado, em 2003, o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), que enuncia e descreve os direitos das pessoas de idade igual ou superior a 60 anos. Esta legislação tem por finalidade salvaguardar a saúde física, moral, mental, intelectual, espiritual e social do idoso, a fim de que seja possível amparar essa população em suas demandas básicas, fragilidades e principalmente suas vulnerabilidades. Sendo assim, é dever do Estado e de todo cidadão proteger a dignidade do idoso através da realização de políticas públicas de promoção à saúde e do cumprimento do que está legitimado, respetivamente.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica com maior potencial para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b). Dentre as atribuições da ESF, se destaca a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2012b). Desta forma, a equipe realiza o cuidado da saúde dessa população adstrita, prioritáriamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio. A então chamada Visita Domiciliar (VD) é uma técnica de interação do cuidado à saúde que visa conhecer as condições de vida – inclusive econômicas e sociais – e de saúde, para o qual pode ser realizado o Projeto Terapêutico singular (PTS). O PTS é uma estratégia multidisciplinar do SUS, sobretudo no âmbito da Atenção Básica, articulada a Visita Domiciliar, que une condutas terapêuticas para um sujeito individual ou coletivo com a finalidade de diminuir as vulnerabilidades e riscos, além de melhorar a qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2016).

O Plano possui 4 passos: (1) definir hipóteses diagnósticas através de avaliação orgânica, psicológica e social e, da classificação de riscos e vulnerabilidade; (2) definir metas a curto, médio e longo prazo que serão negociadas com os usuários; (3) dividir as responsabilidades com clareza entre os profissionais da ESF; (4) reavaliar o caso, considerando se houve evolução e se é necessária complementação / mudança das propostas. Deve-se ressaltar o papel imprescindível do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nas reuniões multidisciplinares junto à ESF a fim de dividir responsabilidades e auxiliar na construção do PTS (BRASIL, 2011a; 2012b). O NASF, portanto, oferece a retaguarda à ESF, sendo denominado como Apoio Matricial (BARROS *et al.*, 2015).

A realização do Plano Terapêutico articulado à Atenção domiciliar pela ESF é um

meio essencial para garantir a efetividade das atuais diretrizes da Atenção Básica e da Saúde da Família no Brasil. Suas características estão relacionadas à ideia de alcançar os pacientes precocemente no ambiente domiciliar, prover cuidados contínuos e assistência de doenças ou afeções mais comuns. Isto posto, a priorização da Atenção primária – por meio de alocação de recursos em oposição aos níveis terciários – garantirá a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a responsabilização do cuidado à saúde (CAMPOS, 2005).

Ao observar a crescente demanda de cuidados acerca da população idosa, este estudo se faz necessário para relatar a experiência obtida durante prática de Saúde Coletiva em Medicina de Família, sob o enfoque dos desafios de implementação do PTS que efetivassem o acesso à saúde multidisciplinar pelas famílias assistidas pela ESF do município de São José do Rio Preto-SP.

O objetivo do relato é divulgar a experiência vivenciada diante dos desafios na implementação do Plano Terapêutico Singular a idosos vulneráveis e fragilizados, pertencentes às famílias assistidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

MÉTODO

Esta pesquisa consiste em um relato de experiência ao descrever aspectos vivenciados pelos acadêmicos de medicina autores deste estudo durante estágio prático em Saúde Coletiva nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), no município de São José do Rio Preto-SP, entre 2017 e 2019.

Trata-se de um olhar qualitativo, que abordou a problemática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais. A pesquisa não necessitou da submissão para apreciação ética, por se tratar de relato de experiência dos próprios autores, com anuência do local onde ocorreu a prática e garantia de confidencialidade dos dados. Foram seguidas as diretrizes para pesquisas definidas pela resolução CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Utilizou-se das seguintes técnicas de coleta de dados: portfólio, observação estruturada (pesquisador participante), consulta à ficha de atendimento clínico, participação nas atividades clínicas, análise da situação vivenciada e consulta a órgãos públicos normalizadores e regulamentadores de serviços de saúde.

Não foram utilizados dados pessoais, apenas aqueles de interesse fisiopatológico e/ou epidemiológico. Foi organizado um grupo de discussão para implementação do Plano Terapêutico Singular para os idosos considerando as peculiaridades do caso clínico em questão, sendo descrito no presente artigo em forma de relato de experiência.

O grupo de discussão foi composto pelos autores deste trabalho. Assim, participaram da pesquisa quatro acadêmicos de medicina e um docente da faculdade de medicina, e com apoio da equipe de Estratégia de Saúde da Família referentes às Unidades Básicas do estágio prático. Foram implementados o Plano Terapêutico a quatro idosos escolhidos devido ao alto risco de vulnerabilidade segundo a Classificação de Risco de Escala de Coelho (SAVASSI *et al.*, 2012). Para implementação do PTS foram realizadas três visitas domiciliares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relato de experiência

Caso 1

Este primeiro relato elucida as dificuldades de implementação do PTS em uma família portadora de Síndrome de Diógenes (SD) caracterizada por descuido extremo à higiene pessoal, negligência ao asseio da própria

moradia, isolamento social, suspeição e comportamento paranoico, sendo frequente a ocorrência de colecionismo (acúmulo de quantidades apreciáveis de objetos inúteis) (ALMEIDA & RIBEIRO, 2012).

Idosa, 74 anos, sexo feminino, analfabeta, aposentada, deficiente física em uso de andador, portadora de Hipertensão Arterial em tratamento irregular e de Diabetes Mellitus (DM) com aplicação diária de insulina pelos agentes comunitários de saúde. Com histórico de cirurgia de remoção de câncer de estômago, adquiriu uma fístula como complicação, a mesma refere Incontinência Urinária com uso de fralda para dormir. Mora com seus dois filhos, um de 48 anos ("portador de deficiência mental sem diagnóstico", segundo as informações coletadas) e outro de 49 anos (portador de DM) ambos analfabetos, desempregados e catadores de materiais recicláveis. Os três são portadores da Síndrome de Diógenes, no entanto apenas a idosa iniciou acompanhamento para a melhora dos sintomas da síndrome, sem adesão ao tratamento. A higiene pessoal dos três indivíduos é extremamente precária. Há total descuido à idosa por parte do filho mais velho, seja para higiene, controle dos remédios ou mesmo com suas refeições. O mesmo, se recusou a dialogar com os acadêmicos. A idosa refere que a família sobrevive de doações e a mesma realiza refeições notavelmente precárias em variedade e qualidade, inclusive pela condição de validade dos alimentos. Devido ao acúmulo de entulho e lixo, além de falta de limpeza, a residência se apresentava em estado calamitoso de habitação. Inconformados com o abandono da idosa e a situação da família, os acadêmicos realizaram uma reunião multidisciplinar com diversos profissionais da saúde da UBSF, dentre eles do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a respeito do caso. A família já havia sido notificada ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e havia um mandado judicial para a limpeza coercitiva da casa – um método meramente paliativo, mas necessário – há dois anos em aguardo da autorização.

Após conscientizar a idosa e o filho de 48 anos a respeito das medidas inclusas no PTS, observou-se que não houve mínima ou parcial adesão perante à higiene pessoal e da casa e à administração correta da medicação da idosa. Novamente os acadêmicos se reuniram com a equipe multidisciplinar e o CREAS visando a institucionalização da idosa. Não obstante, a assistente social relatou a dificuldade para comprovação da incapacidade psíquica e/ou mental dos filhos por meio de laudos psiquiátricos que se estendia há dois anos. O agendamento prioritário da idosa ao ambulatório de Ginecologia na UBSF para avaliação da incontinência urinária e o novo encaminhamento da mesma ao ambulatório de Gastroenterologia em Serviço de Saúde Terciário para avaliação da fístula gástrica foram deferidos. O caso encontra-se em andamento pela Unidade Básica de Saúde da Família.

Caso 2

Evidenciou-se a dificuldade de implementação do PTS em uma família de um casal de idosos abandonados. A família era composta pela idosa de 74 anos e pelo idoso de 89 anos, que possuíam quatro filhos vivos e duas netas. Dentre eles, o filho e a neta moravam com o casal. O idoso é portador de Demência de Alzheimer em estágio avançado, de Arritmia cardíaca e de Hipertensão Arterial. No âmbito de patologias da senilidade, apresentava a Síndrome do idoso frágil devido à perda de peso não intencional (nítida perda de massa corporal e possível desnutrição), fadiga autorreferida,

diminuição da força de preensão palmar, ausência de prática de atividade física e diminuição da velocidade de marcha, além de fatores que o encaixavam na Síndrome do Imobilismo – déficit cognitivo grave, dupla incontinência, úlcera por pressão, disfagia, algumas contraturas articulares e histórico de queda com consequente fratura do membro inferior esquerdo, causando extrema dificuldade de deambulação mesmo com auxílio. A idosa é portadora de Síndrome Metabólica (Hipertensão Arterial, Dislipidemia e Obesidade), além de Hipotireoidismo e Depressão, sem correta adesão ao tratamento de suas comorbidades. Referia dificuldade de deambulação e dores nos membros inferiores, com presença de edema e alto risco de queda. A mesma possuía hérnia umbilical de notável protusão com aproximadamente 15 cm de diâmetro com contraindicação médica para cirurgia.

As condições de higiene eram extremamente precárias uma vez que idosa era responsável pelo cuidado do marido, da higiene da casa e da alimentação. Era perceptível sua incapacidade física e psicológica para tais atividades e, por isso, uma vez por semana, sua irmã a auxiliava nas tarefas domésticas. Associado a isso, os idosos possuíam quatro gatos, agravando a higiene local, além do odor fétido de urina e fezes, que se deve ao idoso realizar suas necessidades no próprio sofá.

A proposta de intervenção inicial apresentada para a família era a Institucionalização de longa permanência do casal, opção condizente para a solução de todos os problemas dos idosos: medicação tomada erroneamente, alimentação pobre em nutrientes, falta de higiene, condições precárias de moradia, falta de lazer e contato social, falta de cuidado por alguém preparado, e ao alto risco de agravos das doenças e de quedas. Contudo, a idosa, ao receber a proposta da equipe, respondeu de forma extremamente negativa, transparecendo o preconceito presente em nossa sociedade em relação às Instituições Sociais de amparo ao idoso. A última proposta apresentada foi de contatar os filhos e netas a fim de evidenciar a necessidade de um cuidador, principalmente para o idoso, o que deveria ser pago pela família, entretanto foi novamente negado.

A conclusão do Caso 2 é que não foi possível modificar a dinâmica da família, que negou todas as propostas. Por isso, foi necessária uma reunião multidisciplinar com os profissionais da UBSF, na qual tomou-se conhecimento de que o caso foi referenciado para o CREAS e tomou cunho jurídico uma vez que se tratava de um contexto de abandono e negligência aos idosos. A nova proposta foi de utilizar instrumentos da Clínica Ampliada (escuta qualificada e acolhimento) na tentativa de auxílio mediante as demandas reconhecidas pela idosa. A fim de melhorar a higiene do idoso, foi solicitado o auxílio de um voluntário ao Equipamento social (uma igreja do bairro).

Caso 3

Para a implementação do PTS e com o intuito de estabelecer as necessidades do usuário, e então desenvolver um plano voltado especificamente para o caso do idoso de 81 anos, viúvo, portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), asma e bronquite, Hipertensão Arterial com histórico de tabagismo e etilismo, em uso domiciliar de oxigênio. O mesmo possui duas cuidadoras, no entanto realizava atividades básicas diárias e refere o quão importante era para ele “ser independente”. No decorrer da evolução de sua DPOC, o idoso apresentou quadros de síncope cada vez mais frequentes, visto que recusava repouso em inalação de oxigênio.

Devido às síncopes e à idade avançada era alto o risco de fraturas. Além disso, o idoso cessou a prática de caminhadas e os encontros sociais na praça próxima a sua residência, por medo de se machucar por conta das crises de síncope.

Em reunião com a equipe multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde da Família, a fim de repassar e traçar estratégias que visassem melhorar a qualidade de vida do idoso e evitar os agravos, uma das medidas propostas foi de adquirir um cilindro de oxigênio portátil, o que o possibilitaria ter mais confiança em seus passeios e integrar um programa para reabilitação respiratória por meio de um fisioterapeuta.

Em última visita, foi presenciada a instalação dos acessórios do cilindro portátil, o que deu grande confiança de que é possível exercer uma mudança significativa no bem-estar dos usuários, mesmo se tratando de doentes crônicos.

Discussão e reflexão sobre a experiência

Caso 1

Acerca da experiência ímpar vivida no acompanhamento do Caso 1, em primeiro instante, a equipe sentiu-se perplexa diante daquela realidade de vulnerabilidade, não obstante que para aquela família suas condições de vida eram tidas como "normais". Vale ressaltar o sentimento de indignação e infelicidade frente ao entulho e falta de higiene que são transtornos oriundos da Síndrome de Diógenes. Após a avaliação da implantação do PTS e ao observar que nenhuma mudança ocorreu na qualidade de vida da família, gerou-se um sentimento de decepção e impotência nos profissionais da saúde devido a não adesão da família às medidas e, por conseguinte, a não obtenção do mínimo de efeito positivo planejado na saúde física, mental ou social. A equipe sugeriu a institucionalização através do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), entretanto o pedido foi negado o que gerou grande frustração, uma vez que a senhora continuaria em condições degradantes e ameaçadoras a sua saúde.

Ao referenciar a idosa aos departamentos de Ginecologia e Gastroenterologia com fim de acompanhamento ou resolução de seus agravos, a equipe sentiu certa esperança.

Em reflexão, identificou-se grande desafio em ofertar acesso à saúde multidisciplinar para uma família portadora de tal patologia e extremamente vulnerável social e economicamente. A idosa encontrada em situação de abandono social e familiar não possui qualquer condição de envelhecimento com dignidade.

Caso 2

Em um primeiro momento, na coleta de informações através da observação da família, o sentimento foi de confronto com uma realidade diferente de tudo o que os acadêmicos já tiveram contato. Entristecidos com a péssima qualidade de vida daquele casal, a equipe se sentiu encorajada a buscar soluções para seus problemas. As reuniões multidisciplinares na UBSF transpareceram a proporção do caso, uma vez que os filhos do casal foram convocados para várias reuniões e não compareciam, portanto, o CREAS encaminhou o caso de abandono para o âmbito judicial. Com a rejeição da idosa às propostas de institucionalização e custeio de um cuidador pela família, a equipe foi tomada pelo desânimo e frustração, uma vez que os idosos continuariam nas mesmas condições precárias.

A última medida foi auxiliar no que fosse requisitado e contatar a igreja, como Equipamento Social do bairro, a fim de solicitar um cuidador voluntário para o idoso. Por fim, o

sentimento foi de aceitação e de alívio de que todas as alternativas possíveis foram buscadas.

Caso 3

A implantação do PTS teve ótimo resultado, pois foi possível alcançar os objetivos traçados, melhorando a qualidade de vida do paciente com a aquisição do cilindro portátil de oxigênio e possibilitando a realização da próxima etapa do PTS, a fisioterapia respiratória. A equipe participou ativamente de uma mudança de um paradigma de incapacitação, evitando assim outras complicações, como depressão e hospitalização.

Portanto, conclui-se que o PTS é de suma importância para os casos complexos de uma Unidade de Atenção Básica, pois a ação conjunta dos membros da equipe torna a resolução dos casos mais eficaz, com boa resolutividade, e gera um atendimento integral ao usuário, agindo em seu biopsicossocial.

CONCLUSÃO

Depois de muito estudo e aprendizado por parte dos estudantes sobre os temas que cercam o Plano Terapêutico Singular, observou-se o quão significativo o mesmo é para a formação do médico (PIZZINATO *et al.*, 2012).

A palavra que melhor traduz estas experiências é humanização. Por meio da experiência foi possível aprender: (I) o poder de uma escuta qualificada para reconhecer o contexto socioeconômico em que o paciente e sua família estão inseridos; (II) a relevância do vínculo com os pacientes uma vez que aumenta a confiança do paciente no profissional de saúde e contribui com a adesão ao tratamento; (III) a importância de propor diferentes estratégias e respeitar o direito de escolha do indivíduo em questão; e, principalmente, (IV) compreender a contribuição das reuniões com os diversos profissionais e os instrumentos de saúde (como o CREAS) na composição da equipe multidisciplinar em busca de estratégias e do atendimento integral ao usuário – trabalhando em conjunto com foco no reconhecimento das necessidades e possibilidades dos pacientes.

Enfatiza-se a construção do projeto terapêutico singular enquanto atividade rotineira a ser desenvolvida nos serviços de saúde, uma vez que o mesmo busca atender a demandas de saúde complexas e, por isso, conta com uma equipe multidisciplinar, articulando saberes e troca de conhecimentos, possibilitando autonomia ao usuário e tornando-o sujeito ativo na construção do processo de saúde.

Considerou-se limitada a aplicação do PTS devido às posturas imparciais dos pacientes, revelados nos casos 1 e 2, e carente atuação do serviço de saúde e de seus componentes articuladores frente aos casos. Entretanto, observou-se sucesso na aplicabilidade das intervenções no Caso 3, uma vez que a equipe contribuiu para a qualidade de vida de uma família. Por fim, o sentimento é de esperança nessa ferramenta eficaz e inclusiva de promoção à saúde aos usuários do SUS em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, R. & RIBEIRO, O. Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v. 30, p. 89, 2012.

BARROS, J.O. *et al*. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. Ciências e Saúde Coletiva, v. 20, p. 2847, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 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). Diário Oficial da União, Brasília, n. 208, 28 out. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 208, 28 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 dez. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, C.E.A. Os Princípios da medicina de família e comunidade. Revista APS, v. 8, p. 181, 2005.

FREITAS, E.V. & PY, L., editores. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Projeção da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA – IBGE. População brasileira envelhece em ritmo acelerado. Agência IBGE Notícias, 27 nov. 2008. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/13577-asi-ibge-populacao-brasileira-envelhece-em-ritmo-acelerado. Acesso em: 17 ago. 2021.

PIZZINATO, A. *et al*. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, p. 170, 2012.

SAVASSI, L.C.M. *et al*. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. Journal of Management and Primary Health Care, v. 3, p. 179, 2012.

SILVA, A.I. *et al.* Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. Cogitare Enfermagem, v. 21, p. 1, 2016.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 11

A MULTIDISCIPLINARIDADE NA EQUIPE MÉDICA DENTRO DO SUS: UMA REVISÃO

AUTORAS

ANA CLARA AMARO MIRANDA[1]
ANA CLARA RIBEIRO DOS SANTOS[2]
ANA ROBERTA ALMEIDA ROCHA[3]
BRUNA PAIVA GUIMARÃES[3]
IZABELLA CRISTINA PEREIRA DA SILVA[2]
JÚLIA MARA BARBOSA GONÇALVES[3]
STEPHANY KAREN DE FREITAS MELO[3]
VITÓRIA FREITAS NIZA[1]

FILIAÇÃO

1. Discente – Centro Universitário de Belo Horizonte.
2. Discente – Instituto Tocantins Presidente Antônio Carlos - Palmas.
3. Discente – Faculdade Atenas de Sete Lagoas.

Palavras-chave: Sistema de Saúde Unificado; Saúde integral; Equipe de atendimento ao paciente.

INTRODUÇÃO

As diretrizes para a educação no século XXI sugerem que os profissionais de saúde tenham uma visão holística, considerando, além dos processos biológicos, os condicionantes sociais. No caso desses profissionais, preconiza-se a construção do ensino junto com o sistema de saúde, a fim de se estabelecer a cooperação técnica para qualificar a gestão dos profissionais na rede SUS. O principal mérito da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, integralidade e transversalidade é problematizar as questões da saúde a partir de perspectivas teóricas distintas, do biológico ao social (DUARTE *et al.*, 2019).

A estruturação, a organização dos serviços, o contínuo desenvolvimento e a valorização dos trabalhadores da saúde na Atenção Básica (AB) representam alguns dos maiores desafios à implantação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Por esse motivo, dá-se a importância do trabalho desses profissionais na implementação das políticas de saúde e na geração de mudanças do modelo assistencial (SILVA *et al.*, 2017).

As equipes multiprofissionais representam um dos núcleos desta rede, um dos elos desta complexa trama. Tais equipes constituem grupos que vivenciam e operam esta construção na prática cotidiana, carregando as contradições inerentes ao nosso tempo (FERIOTTI, 2009).

O sistema de saúde enfrenta o desafio de implementar uma Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade, em um país com muitas diferenças socioeconômicas e sérias desigualdades no acesso à saúde. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) despendem custos efetivos, no entanto, a atual situação econômica e política do país e a reforma do sistema de saúde no Brasil, durante as últimas duas décadas, estão sob ameaça (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Com o aumento das demandas regulatórias e públicas e das cargas de trabalho em meio à diminuição de recursos, colaboração e cooperação entre os provedores de saúde são essenciais para a segurança do paciente. Uma vez que médicos, enfermeiras e pessoal de assistência não licenciado (UAP) fornecem, cada um, uma parte do atendimento hospitalar ao paciente, a coordenação dos vários tratamentos e intervenções que eles fornecem é crítica para prevenir erros. A colaboração ocorre quando provedores com diferentes conhecimentos e habilidades interagem para influenciar de forma sinérgica e construtiva o atendimento ao paciente. A falta de cooperação e colaboração prejudica a eficiência e a qualidade (LANCASTER *et al.*, 2015).

Embora a experiência de médicos, enfermeiras e UAP como profissionais individuais seja importante para o atendimento seguro ao paciente, boas relações interdisciplinares são igualmente importantes para o atendimento de alta qualidade ao paciente. A colaboração interdisciplinar pode ser eficaz quando os profissionais envolvidos têm uma compreensão clara das funções uns dos outros (LANCASTER *et al.*, 2015).

Os objetivos deste estudo foram de identificar e sintetizar a importância da multidisciplinaridade na equipe médica dentro do SUS, bem como discutir com os profissionais da saúde acerca de suas próprias concepções dos termos “integralidade” e “abordagem multidisciplinar”.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão sistemática de literatura, por meio da busca de artigos científicos em bases de dados. Para isso, utilizou-se a seguinte questão norteadora: “qual é a importância da equipe médica multidisciplinar no SUS?”.

Estratégia de busca

O referencial teórico utilizado para o delineamento de estudo foi o de Galvão e Ricarte (2020). Os descritores utilizados foram: "*Patient Care Team*", "*Integrality in Health*" e "*Unified Health System*".

Para a pesquisa, foram consultadas as bases de dados PubMed, Medline, LILACS E SciELO. Em todas as bases, utilizou-se o operador booleano "OR" para realizar a combinação dos descritores. Além disso, selecionou-se os artigos que continham esses descritores no título ou no resumo.

Critérios de elegibilidade

A busca dos artigos foi realizada entre o dia 5 de setembro de 2020 e 9 de março de 2021 por todos os autores de forma independente. Foram incluídos os artigos que discutiam a relevância da equipe médica multidisciplinar. Os artigos que não apresentavam essa discussão como temática foram excluídos.

Análise dos dados

Foram encontrados 1.853 artigos na PubMed, 0 artigos na LILACS e 83 artigos no SciELO. Dentre esses, 10 artigos atenderam aos critérios e, portanto, foram utilizados na discussão da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

"A Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação, etc.); fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.) e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde" (BRASIL, 1990 *apud* FERIOTTI, 2009). Foi com base nessas determinantes e condicionantes que a Lei nº 8080 foi estabelecida, com objetivo de integrar todo o atendimento com o intuito de ter ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos e, dessa forma, atender todos os níveis de complexidade do sistema (SILVA *et al.*, 2017).

Depois da criação do Sistema Único de Saúde, em especial, com a vasta propagação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a equipe multidisciplinar se desprendeu de uma estrutura organizacional do setor e transitou para se tornar um ponto estruturante do trabalho em equipe multiprofissional. Dessa forma, entende-se que ter uma equipe multidisciplinar visa assegurar o princípio da integralidade (SILVA *et al.*, 2017).

O termo multidisciplinar em saúde, refere-se à união de vários colaboradores em cuidados médicos (médico, psicólogo, nutricionista e os outros diversos profissionais da saúde), mas esses não precisam estar inseridos na mesma unidade de saúde. A interdisciplinaridade, entretanto, tem uma maior coordenação dos serviços, pois os profissionais se encontram na mesma localidade (GATCHEL *et al.*, 2014). A principal excelência da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e integralidade é colocar em pauta questões da saúde e relacioná-las no âmbito teórico e prático. Isso será realizado com a transmissão de conhecimento, amplitude dos pensamentos sobre as diversas áreas da saúde. Dessa forma, o paciente terá pessoas que irão pensar no indivíduo como um todo e não na particularidade das patologias (DUARTE *et al.*, 2019).

Um outro aspecto a ser analisado sobre a importância da multidisciplinaridade, integralidade e interdisciplinaridade é o crescimento pessoal. Segundo Feriotti (2009), os indivíduos, quando trabalham nesses ambientes, buscam aprender todo o processo e pensar nas situações como um todo, o que faz com que os indivíduos façam uma autocrítica e compreendam suas

próprias fraquezas, além de aprenderem a lidar com as adversidades e terem empatia diante de situações e opiniões diversas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a prática colaborativa interprofissional (ICP) visa que "vários profissionais de saúde de diferentes origens profissionais trabalhem em conjunto com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para fornecer a mais alta qualidade de atendimento". Além disso, a ICP tem quatro objetivos: "melhorar a saúde do paciente, melhorar a experiência do paciente, reduzir os custos de cuidados de saúde e melhorar a vida profissional dos provedores e da equipe". Ressalta-se assim o outro ponto positivo proveniente da multidisciplinaridade, que são os cofres públicos e privados beneficiados. Isso ocorre porque quando há uma equipe que trabalha em prol de uma causa, há maior probabilidade de que os problemas sejam sanados, evitando assim, maiores gastos com possíveis progressões dos casos (LEE *et al.*, 2021).

Apesar disso, nos artigos utilizados na construção do trabalho foram notórios os desafios que as equipes enfrentam para alcançar a plenitude no trabalho multidisciplinar. Segundo Maria de Lourdes Feriotti (2009), a formação acadêmica é falha, e isso se dá porque os profissionais da saúde não possuem conhecimento específicos sobre cada profissão e, assim, desconhecem o objetivo e potencial dos demais trabalhadores da saúde. Ademais, Feriotti ressalta que o sistema de coordenação dos serviços das unidades de saúde também é falho, pois a hierarquia e a competitividade ainda regem no sistema. A autora ainda elucida que o diálogo entre os profissionais tende a ser abalado quando não há escuta ou tolerância sobre os diferentes tipos de abordagens técnicas e ideológicas. Vale ressaltar ainda que esses profissionais estão submetidos a cargas horárias excessivas, baixos salários, setorização e fragmentação dos serviços e demandas burocráticas.

Em síntese, os estudos realizados por Lancaster *et al.* (2015) mostram que os médicos ainda centralizam as tomadas de decisão referentes aos cuidados dos pacientes. Nesta pesquisa, os resultados apresentam que os profissionais apenas atuam na sua singularidade, ou seja, há uma falta de diálogo entre os envolvidos. Ademais, os pesquisadores corroboram a tese da hierarquia dos serviços de saúde já que, sob este ponto de vista, todos os profissionais do serviço colocam o médico como responsável pelos pacientes.

Os resultados dos dez artigos estão esquematizados e sintetizados no **Quadro 11.1**. Segundo Silva *et al.* (2017), houve concordância na relação entre integralidade e abordagem multidisciplinar. Feriotti (2009) aborda a necessidade do trabalho entre equipe multiprofissional, transdisciplinar e interdisciplinar para o desenvolvimento de estratégias e de novas práticas para o cotidiano das instituições de saúde. Ademais, Roquete *et al.* (2012) mostram a necessidade de se aprofundar nos estudos sobre esses temas e a aplicabilidade na saúde coletiva.

Além disso, Lancaster *et al.* (2015) constataram que a maior parte dos profissionais de saúde não trabalham de forma interdisciplinar. Embora, para Gatchel *et al.* (2014) o tratamento de dor crônica realizado de forma interdisciplinar possui maior eficácia e obtém melhores resultados.

Para Duarte *et al.* (2019), a transversalidade depende da interação entre os níveis micro-meso-macro para influenciar na formação de gestores dos serviços de saúde. Logo depois, Araújo *et al.* (2020) mostraram a relação entre equipe multidisciplinar e educação em saúde, evidenciando deficiência na aplicabilidade,

dificuldade de participação da população e na obtenção de materiais. Além disso, para Ndoro (2014) há vantagens no trabalho em equipe multidisciplinar, como melhores habilidades e relacionamento interprofissional da equipe, ainda que existam limitações devido à geração de conflitos e consequente dificuldade na comunicação.

Gaboury *et al.* (2021) exibem o modelo de Acesso Avançado (AA), o qual busca melhoria na qualidade e no acesso da população aos cuidados primários, além disso, é uma forma de aperfeiçoar a colaboração interprofissional. Somado a isso, Lee *et al.* (2021) demonstram que a associação entre a prática colaborativa interprofissional, hipertensão arterial e diabetes ocasionou uma redução dos dados analisados.

Quadro 11.1 Distribuição dos resultados obtidos

Autor/Ano	Resultados
Silva *et al.* (2017)	Foram entrevistadas duas equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os entrevistados abordaram as várias perspectivas de interpretação da integralidade no contexto do SUS, desde a visão integral do ser humano até a articulação do sistema. A maioria concorda que existe uma relação entre integralidade e abordagem multi-disciplinar, pois o conhecimento variado de cada profissional que compõe a equipe de saúde gera um atendimento mais integral à população e, consequentemente, um serviço de qualidade e resolutividade.
Feriotti (2009)	Aborda a necessidade do trabalho entre equipe multiprofissional, transdisciplinar e interdisciplinar como forma de buscar uma nova perspectiva na transformação dos meios tradicionais historicamente construídos de conhecimento e da organização social. Dessa forma, buscando enfrentar os obstáculos, implica o desenvolvimento de estratégias, além de novas práticas para o cotidiano das instituições da saúde, visto que novas metodologias aplicadas levam a novas trocas e ampliação do saber.
Roquete *et al.* (2012)	Apresenta uma reflexão teórica a respeito dos seguintes temas: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Demonstra a necessidade de abordar e aprofundar estudos sobre tais temas, além de identificar os conceitos no campo da saúde coletiva e a aplicabilidade dos mesmos nessa área.
Lancaster *et al.* (2015)	Em um centro hospitalar metropolitano em Nova York, com a participação de médicos, enfermeiras e pessoal auxiliar não licenciado (UAP), foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, aumentando a confiabilidade e precisão dos dados. O trabalho evidenciou que na maioria das vezes os profissionais não trabalham de forma interdisciplinar e que há hierarquização de médicos e enfermeiros, exclusão de UAP e falhas na comunicação. Os entrevistados reconhecem que precisam de envolvimento e colaboração multiprofissional para prestar um atendimento de qualidade.
Gatchel *et al.* (2014)	Nota-se maior eficácia no tratamento para dor crônica quando realizado de forma interdisciplinar, isso em comparação às intervenções tradicionais. Embora seja um modelo mais difícil de ser implantado, é uma estratégia mais avançada de controle da dor, em que os pacientes obtêm melhores resultados promovendo um tratamento de qualidade.
Duarte *et al.* (2019)	Evidencia o fato de a transversalidade não se limitar apenas a associação entre os conteúdos curriculares e teoria/prática. Ela também depende da interação e das mudanças nos níveis micro (organizacional), meso (setor saúde) e macro (institucional) para o desenvolvimento de competências transversais e influenciar na formação dos gestores dos serviços de saúde.
Araújo *et al.* (2020)	Onze profissionais da saúde foram entrevistados e dentre eles apenas um médico se dispôs a responder o questionário realizado posteriormente. O trabalho mostrou a relação entre a equipe multidisciplinar e a realização de educação em saúde. Sobre a categoria que aborda os momentos em que realizam a educação em saúde, evidenciou-se uma deficiência na aplicabilidade. Os profissionais citaram várias formas de estratégias usadas por esses profissionais. Além disso, sobre as facilidades para a adesão da educação em saúde, relatam que seria a participação da comunidade. A respeito das dificuldades para a adesão, referem a baixa participação da população e a dificuldade em obter materiais para a realização.

Ndoro (2014)	O artigo destaca o trabalho em equipe multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, bem como as vantagens e limitações no trabalho em equipe multidisciplinar. Há vantagens para relacionamento interprofissional, comunicação, conhecimento e habilidades da equipe, favorecendo um atendimento de qualidade e melhorando os resultados dos serviços. Ainda assim, apresentam desvantagens ao viabilizar conflitos e, consequentemente, dificultar a comunicação.
Gaboury *et al.* (2021)	Cinco equipes de atenção primária foram selecionadas para implementar o modelo de Acesso Avançado (AA) e melhorar a prática dos profissionais que já faz uso do mesmo, através de componentes qualitativos e quantitativos. Tal modelo busca melhorias na qualidade e no acesso da população aos cuidados primários e, além disso, é uma forma de aperfeiçoar a colaboração interprofissional. Os dados e materiais que apoiaram os resultados não estão disponíveis publicamente, existem restrições para acessá-los.
Lee *et al.* (2021)	Uma revisão sistemática e meta-análise foi realizada a fim de buscar a existência de associação entre a prática colaborativa interprofissional (ICP) e hipertensão arterial e diabetes. Foram analisados dados de hemoglobina glicada (HbA1c), pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) em adultos na atenção primária. Com isso, observou-se a existência de relação entre ICP e a diminuição dos níveis da HB1AC, PAS E PAD, além de importante atuação dos ICP em pacientes com Hb1AC maior ou igual a 9.

CONCLUSÃO

Considerando os estudos analisados, conclui-se que para atingir o princípio da integralidade em sua forma mais plena é necessário que o atendimento ao paciente seja feito de forma multidisciplinar, entre profissionais de várias áreas que associem a teoria à prática e que respeitem e entendam a importância de cada um na equipe para que o atendimento e acompanhamento daquele paciente sejam efetivados com excelência.

Desta forma, a atenção é dada à totalidade do indivíduo, e não mais reduzida a uma patologia. Pôde-se concluir, ainda, que com um atendimento de melhor qualidade, isto é, que minimize condutas desnecessárias e tenha a participação de uma equipe multidisciplinar para discutir e progredir o paciente em conjunto, os gastos públicos também são reduzidos em razão da maior resolutividade das consultas, portanto, há menor necessidade de encaminhamentos e condutas alternativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, T.I. *et al*. Educação em saúde: um olhar da equipe multidisciplinar na atenção primária. Brazilian Journal of Development, Brasil, v. 6, p. 1, 2020.

DUARTE, R.G. *et al*. The development of transversal competence of health service managers. Revista de Saúde Pública, v. 53, 2019.

FERIOTTI, M.L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. Vínculo, v. 6, p. 179, 2009.

GABOURY, I. *et al*. Interprofessional advanced access: a quality improvement protocol for expanding access to primary care services. BMC Health Services Research, v. 21, 2021.

GALVÃO, M.C. & RICARTE, I.L. Systematic review of literature: conceptualization, production and publication. Philosophy of Information, v. 6, p. 57, 2020.

GATCHEL, R.J. *et al*. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. American Psychologist, v. 69, p. 119, 2014.

LANCASTER, G. *et al*. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. Journal of Nursing Scholarship, v. 47, p. 275, 2015.

LEE, J.K. *et al.* Assessment of interprofessional collaborative practices and outcomes in adults with diabetes and hypertension in primary care. Jama Network Open, v. 4, p. 1, 2021.

NDORO, S. Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care. British Journal of Nursing, v. 23, p. 724, 2014.

ROQUETE, F.F. *et al.* Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde pública. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 2, p. 1, 2012.

SILVA, M.V.S. *et al*. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 21, p. 589, 2017.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 12

RELAÇÃO CANCÊR DO COLO DO ÚTERO E PAPILOMAVÍRUS HUMANO

AUTORES

ALCIOMARA TELES GOMES[1]
ALINE PATRÍCIA COSTA DA LUZ[1]
ÁLLAMY DANILO MOURA E SILVA[4]
BÁRBARA HELEN AMORIM DE BRITO[1]
KEYLA CYBELLY RODRIGUES BEZERRA[1]
MARIA LIDIANA ALENCAR DE LIMA RODRIGUES[2]
GLEICIANE DA ROCHA RODRIGUES[1]
RAQUEL VILANOVA ARAÚJO[3]

FILIAÇÃO

1. Discente – Pós-graduandas em Enfermagem Obstétrica pela IESM.
2. Discente – Enfermeira pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplos.
3. Docente – Doutora em Enfermagem pela Universidade federal do Piauí.
4. Docente – Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.

Palavras-chave: Papilomavírus humano; Câncer de colo do útero; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As neoplasias abrangem um conjunto com mais de 100 disfunções caracterizadas pela proliferação de células alteradas, desencadeando o surgimento de tumorações malignas que afetam o funcionamento celular devido a invasão dos tecidos circunvizinhos e posterior acometimento de vasos sanguíneos e linfáticos, culminando na metástase (HINKLE & CHEEVER, 2015).

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino localizado na parte inferior do abdômen por trás da bexiga, na parte posterior ao reto, com anatomia cilíndrica de aproximadamente 3 cm. O mesmo é dividido em corpo e colo (que se liga diretamente à vagina). O colo possui as regiões endocervical e ectocervical, e entre esses dois epitélios localiza-se a Junção Escamo Colunar (JEC), onde existe a zona de transformação responsável por mais de 90% das lesões precursoras malignas da cérvice uterina (BRASIL, 2018).

O câncer de colo do útero (CCU) ou câncer cervical é um tumor que se desenvolve a partir de alterações celulares nessa região, que se localiza no fundo da vagina. Essas mutações geram lesões denominadas precursoras que são totalmente curáveis na maioria dos casos, quando em seu estágio inicial. Porém, quando não tratadas, essas lesões podem desencadear uma proliferação celular agressiva que, após alguns anos, evolui para tumorações cancerosas e metástase (INCA, 2016).

Dados apontam que existe uma íntima relação entre os casos de câncer do colo do útero e o acomentimento de mulheres pela infecção causada pelo Papilomavírus Humano (em inglês, *Human Papiloma Virus*, doravante HPV). A infecção persistente oriunda dos subtipos oncogênicos HPV-16 e HPV-18 são responsáveis por cerca de 70% dos CCU. Sua transmissão ocorre através de contato sexual, provocando lesões na parede da vagina que, aliadas a outros fatores de risco, como tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais, atividade sexual precoce, multiplicidade de parceiros, baixa escolaridade e renda, multiparidade e histórico de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), potencializam o acometimento do CCU (DUARTE, 2017).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o CCU é o quarto tipo de câncer mais comum em mulheres a nível mundial, com média de 530 mil novos casos por ano (INCA, 2018). No Brasil, ocupa a terceira posição entre as principais patologias oncológicas femininas, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres anualmente, com destaque para a região Norte, onde a doença ocupa a primeira posição, atingindo 25,62 a cada 100.000 mulheres. Nas demais regiões, ocupa a segunda posição (Centro-Oeste e Nordeste), terceira posição (Sudeste) e quarta posição (Sul).

Esta patologia pode ser detectada e prevenida precocemente e os métodos para seu enfrentamento são relativamente baratos, quando levados em consideração custo e benefício. O rastreamento realizado por meio do exame citopatológico do colo do útero é considerado a principal estratégia para a detecção precoce da doença, sendo reconhecido como o método mais seguro e eficiente até o momento. Ele detecta e trata precocemente as lesões precursoras, impedindo a evolução para estágios mais graves. A intervenção ativa dos profissionais da saúde, principalmente no âmbito da enfermagem, estimula a adesão da população feminina aos programas de rastreamento e controle da enfermidade (INCA, 2018).

A enfermagem está diretamente ligada ao processo de rastreamento e detecção precoce do

CCU. São estes profissionais os responsáveis pela realização periódica do exame citopatológico do colo do útero, fundamental para o processo identificação de lesões precursoras. O Ministério da Saúde preconiza a realização trienal do exame em mulheres entre 25 e 64 anos, o equivalente a coberturas anuais de 33,3%, e essa ação é realizada principalmente dentro da Atenção Básica (MANICA *et al.*, 2016).

Entender a relação existente entre o CCU e o HPV faz com que o acadêmico de enfermagem amplie seu aparato epistemológico, a fim de observar na literatura científica atual informações acerca desta problemática, objetivando com isso dar subsídios a ações de enfermagem mais eficazes para o enfrentamento da referida patologia. Desta forma, o tema escolhido é relevante para a classe acadêmica e comunidade de saúde em geral, dada a expressividade de ocorrências da doença, bem como a amplitude de fatores de risco que se relacionam ao CCU, sendo necessário conhecer o assunto para serem desenvolvidas formas eficazes de prevenção e detecção precoce.

Isto posto, o presente estudo realiza uma revisão sistemática das informações relevantes acerca da relação entre o câncer de colo do útero e o papilomavírus humano, em produções científicas publicadas entre 2015 e 2019.

O objetivo deste estudo foi identificar evidências científicas que estabeleçam a relação entre o câncer de colo do útero e o papilomavírus humano.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa, objetivando o caráter exploratório e descritivo. A principal finalidade da revisão integrativa é de compilar o conhecimento atual acerca de uma temática, de forma sistemática, organizada e abrangente, identificando possíveis diferenças e semelhanças entre estudos, adotando medidas direcionadas para a ampliação significativa dos conhecimentos ora inferidos e interferindo positivamente na reformulação de práticas e/ou reflexões em estudos futuros (SOARES *et al.*, 2014).

Para concretização da revisão, foram seguidas seis etapas distintas conforme o método elaborado por Mendes *et al.* (2008), que enumeram as fases do trabalho da seguinte maneira: 1 - Identificação do tema e Seleção das hipóteses; 2 - Composição da amostra; 3 - Categorização dos estudos; 4 - Análise dos estudos incluídos; 5 - Interpretação/Discussão dos resultados e 6 - Apresentação da conclusão, conforme ilustra a **Figura 12.1**.

Sendo assim, a referida metodologia de trabalho foi empregada por possibilitar a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema “Relação Câncer de Colo do Útero e Papilomavírus Humano”. Como primeira etapa, a criação do tema partiu da observação de dados expressivos com relação ao HPV e ao CCU, o que instigou buscas por publicações a respeito da problemática em questão. Nesse processo foi possível perceber a escassez de produções científicas que enfatizem especificamente o assunto. Diante disso levantou-se a seguinte questão de pesquisa: “O que relaciona o HPV ao câncer de colo de útero?”

Figura 12.1 Etapas adotadas para a revisão integrativa

Fonte: Adaptado de Mendes *et al.* (2008).

Para nortear a formulação da referida pergunta foi utilizada a estratégia P.I.C.O.S., que representa um acrônimo no qual: P = Paciente/População, I = Intervenção/Área de interesse, C = Comparação, O = "Outcomes" / desfecho e S = tipo de estudo a ser analisado. A estratégia P.I.C.O.S. é empregada na construção de questões de pesquisa de naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas, entre outras. Santos *et al.* (2007) asseveram que uma pergunta bem elaborada configura a resolução da questão clínica de pesquisa, maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias.

Considerando, portanto, a referida estratégia, também recomendada pelo Joanna Briggs Institute (2011), a pergunta da pesquisa ficou assim organizada: P = Mulheres; I = Papilomavírus Humano / Neoplasias Intraepiteliais Cervicais; C = Sem comparação; O = Neoplasia do Colo do Útero; S = Design do estudo.

Na segunda etapa do trabalho, foram definidos os critérios de pesquisa. Como critérios de inclusão foram definidos: estudos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, textos integrais, pesquisas originais, relatos de caso ou relatos de experiência abrangendo o foco da temática, publicados entre os anos de 2010 a 2019. Para critérios de exclusão foram estabelecidos: artigos duplicados nas bases pesquisadas e textos sem relevância ao escopo do estudo.

O levantamento bibliográfico foi efetuado entre os meses de agosto e setembro de 2021, com recurso à plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Além da BVS, buscou-se publicações nas bases *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Scopus (Elsevier) e *Web of Science*.

Os descritores foram validados nas plataformas *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores Ciências da Saúde (DeCS). Além dos descritores, foram utilizadas palavras-chave que têm sido empregadas em publicações

alusivas à temática, como: “mulher”, “meninas”, “Papilomavírus Humano”, “HPV”, “Câncer de Colo Uterino”, “Câncer do Colo do Útero”.

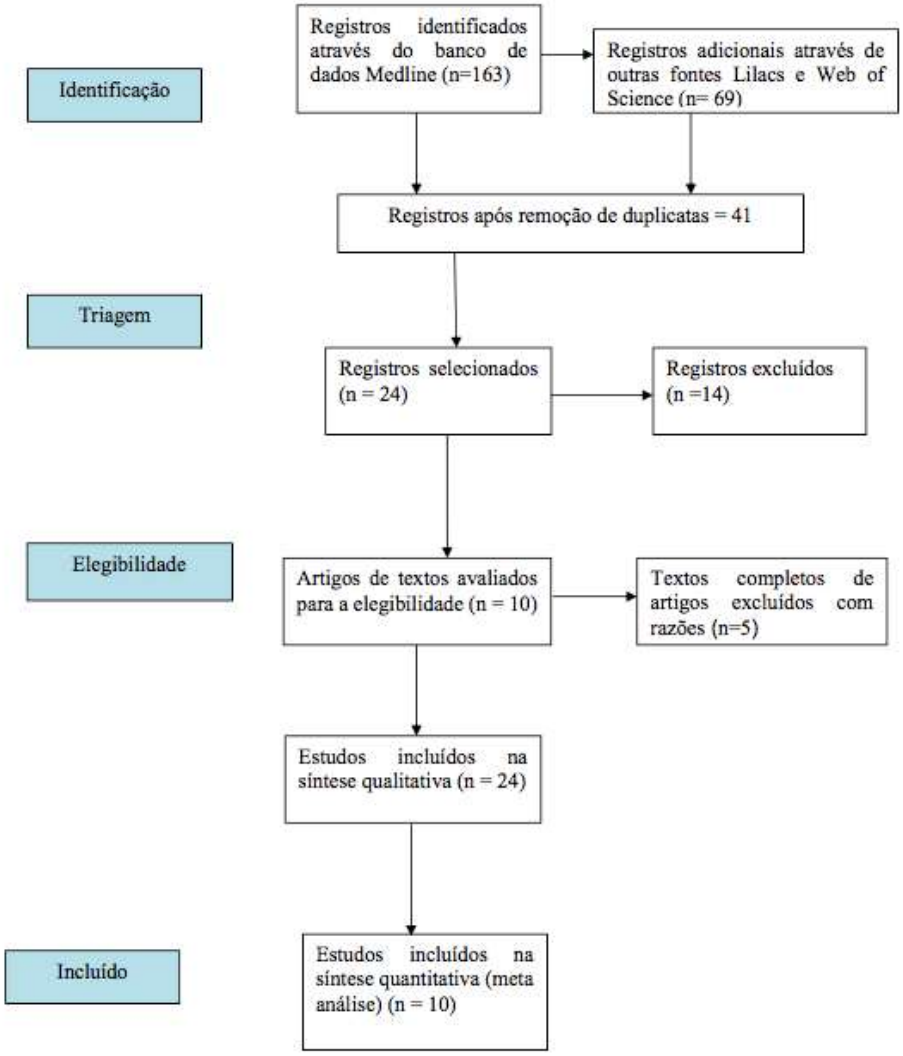
No caso da BVS, a busca se deu por meio do modo “with full text”. Foram usados os descritores autorizados (DeCS) e o operador booleano “AND”, resultando nas seguintes combinações: “Enfermagem ‘AND’ Educação em Saúde” e “Papilomavírus ‘AND’ Mulheres”, utilizadas nos idiomas português, inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: publicados em português, inglês ou espanhol; escritos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa, publicados e indexados nas referidas bases nos últimos dez anos.

Na terceira etapa da pesquisa, foram aplicados os critérios ora referidos para seleção dos artigos, por meio da leitura dos títulos, dos resumos e dos objetivos dos estudos recuperados. Foram selecionados dez artigos.

Esse percurso metodológico é ilustrado na **Figura 12.2**, a seguir, e categorizado de acordo com a base de dados utilizada:

Figura 12.2 Percurso metodológico de pesquisa



Após amostra coletada, na quarta etapa foi realizada a revisão de literatura, com análise detalhada dos estudos selecionados, sendo oito recuperados na base de dados Medline (via PubMed), um artigo pela base LILACS, nenhum na base Scopus e um na Web of Science, totalizando dez artigos que contribuíram para este trabalho. Para a organização deste processo, foi elaborado um quadro sinóptico constando as seguintes variáveis: Autor/Ano, Revista/Instituição, Base de dados, Título, Tipo de estudo e Resultados, conforme consta no **Quadro 12.1**.

Na quinta etapa, os resultados foram devidamente interpretados e discutidos, com ênfase nas abordagens que contemplam a temática. Por fim, na sexta etapa foi realizada uma síntese dos estudos ora destacados, objetivando responder as propostas deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após pesquisa realizada nas bases de dados foram recuperados 4.565 artigos que, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, resultaram em uma seleção de dez estudos para a discussão, conforme o **Quadro 12.1**, a seguir:

Quadro 12.1 Artigos selecionados para a revisão integrativa

Autor/Ano	Periódico/ Instituição	Base de dados	Título	Tipo de estudo	Resultados
CASTLE *et al.* (2017)	Ginecologic Oncology	Medline	Why does cervical cancer occur in a state-of-the-art screening program?	Estudo experimental	Houve heterogeneidade significativa nas causas de câncer por categoria histológica. A eficácia programática e o rendimento diagnóstico foram maiores para a histologia de células escamosas versus adenocarcinoma.
KASHOFER & REGAUER (2017)	Ginecologic Oncology	Medline	Analysis of full coding sequence of the TP53 gene in invasive vulvar cancers: implications for therapy	Estudo experimental	80% dos carcinonas espinocelulares vulvares invasivos primários eram carcinomas negativos para HPV, com alta frequência de mutações disruptivas e mutações no gene TP53 “hot spot”, que foram ligadas à quimio e radiorresistência.
FRIMER *et al.* (2019)	Gynecologic Oncology Reports	Medline	The association of sexual dysfunction with race in women with gynecologic malignancies	Estudo de caso controle	O sequenciamento de próxima geração é um método eficiente para quantificar a metilação do HPV16 CpG. • Os haplótipos de metila da metilação do HPV16 estão associados ao pré-câncer cervical. • A metilação da L2 aumenta com o tempo nas infecções por HPV16, levando ao pré-câncer.

FIANO *et al.* (2018)	Ginecologic Oncology	Medline	Methylation in host and viral genes as marker of aggressiveness in cervical lesions: analysis in 543 unscreened women	Estudo experimental	A metilação em CADM1 e MAL está associada a lesões de câncer de colo uterino de alto grau. • A metilação nas regiões do HPV está associada a lesões de câncer de colo uterino de alto grau. • A metilação nas regiões do HPV está associada à idade. • O aumento do número de genes metilados prediz lesões cervicais de alto grau.
COPPOCK *et al.* (2018)	Cancer Cytopatholo-gy	Medline	HPV RNA in situ hybridization can inform cervical cytology-histology correlation	Estudo experimental	A maioria das biópsias de LSIL reclassificadas como negativas (80%; 36 de 45 biópsias) eram negativas ao RNA do HPV, enquanto 93% das biópsias de LSIL (39 de 41 biópsias) e 100% das biópsias de lesões intraepiteliais escamosas de alto grau eram positivas para o RNA do HPV.
AMAROSA *et al.* (2015)	Journal of Lower Genital Tract Disease	Medline	Impact of possibly oncogenic high-risk human papillomavirus (HPV) types in triage for ASC-US cervical cytology results	Estudo experimental	Entre 119 controles positivos para pelo menos um tipo de alto risco estabelecido, 64 (53%) não tinham neoplasia, 42 (35%) tinham NIC1 e 13 (11%) tinham NIC2 + (p = 0,01 para comparação de diagnósticos de NIC2 +) entre grupos. A inclusão de tipos possivelmente oncogênicos de HPV aumenta o número de biópsias de colposcopia com melhorias mínimas na detecção de CIN2 +.
DUVLIS *et al.* (2015)	Journal of Medical Virology	Medline	HPV E6/E7 mRNA versus HPV DNA biomarker in cervical cancer screening of a group of macedonian women	Estudo experimental	O estudo concluiu que o ensaio NucliSENS-EayQ HPV E6/E7 mRNA (Biome-rieux) serve para triagem no caso de DNA do HPV para alto risco 16 ou18, que pode levara uma lesão de alto grau. Ele pode ajudar a evitar procedimentos agressivos (biópsias e referência excessiva de infecções transitórias por HPV), além de diminuir a ansiedade e o período de acompanhamento do paciente.
MUANGTO *et al.* (2016)	Asian Pacific Journal of Cancer Prevention	Medline	Experience of combined liquid based cervical cytology and high-risk HPV mRNA for cervical cancer screening in Thammasat University Hospital	Estudo experimental	A prevalência de DNA positivo para HPV de alto risco (HR) e teste de mRNA foi de 19,7 e 8,4%, respectivamente, com diferença estatisticamente significante. A maioria dos casos de citologia anormal neste estudo foram células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US).

SANTOS (2016)	Universidade Rural de Pernambuco	LILACS	Estudo de associação de polimorfismos nos genes CCR2 e CCR5 com o desenvolvimen-to de lesões cervicais induzidas pelo HPV	Estudo experimental	Os receptores de quimiocinas desempenham um importante papel na resposta imunológica e progressão de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para o CC. Variações genéticas relacionados com os genes destes receptores podem levar a formação de neoplasia cervical. O estudo mostrou um efeito protetor do polimorfismo CCR2-64I tanto para susceptibilidade para a infecção pelo HPV 16 como para o desenvolvimento de lesões cervicais (CIN e CC).
SILVA *et al.* (2019)	BMC Medical Genetics	Web of Science	Lack of association between methylenetetra-hydrofolatere-ductase C677T polymorphism, HPV infection and cervical intraepithelial neoplasia in brazilian women	Estudo de caso controle	O polimorfismo MTHFR C677T não foi associado ao câncer cervical e à infecção por HPV.

.

De acordo com Ramos *et al.* (2006), nem sempre a pessoa contaminada apresenta a manifestação de algum sinal ou sintoma, tendo em vista que o vírus pode ficar instalado no organismo muito tempo sem se manifestar, entrando em ação somente quando a defesa do organismo fica abalada. No entanto, para ser infectado pela doença não é necessário somente o contato por via sexual, mas por toalhas, instrumentos ginecológicos, banheiros, roupas íntimas de uso comum além de tantas outras (MURTA, 1997).

Poucos estudos abordam especificamente acerca da relação intrínseca entre o HPV e o CCU. Castle *et al.* (2017), em uma observação clínica com o objetivo de atribuir causas às ocorrências de câncer, indicam que era rara a ocorrência da patologia principalmente no estágio inicial de HPV. No estudo, 57,8% dos cânceres cervicais com pelo menos um *cotest* anterior ou concorrente foram considerados prevalentes (diagnosticados em um estágio localizado dentro de um ano ou em um estágio regional / distante dentro de dois anos após o primeiro *cotest*).

O estudo experimental de Kashofer e Regauer (2017), que avalia a frequência e o tipo de mutações do gene TP53 e o comportamento do vírus HPV em carcinomas primários in-vasivos de células escamosas invasivas, constatou que 80% dos carcinomas espinoce-lulares vulvares invasivos primários eram carcinomas negativos para HPV, com alta frequência de mutações disruptivas e mutações no gene TP53 “hot spot” que foram ligadas à quimio e radiorresistência.

De acordo com estudo realizado por Duvlis *et al.* (2015), a Infecção de DNA entre os casos com achado citológico limítrofe pode ajudar a evitar procedimentos agressivos (biópsias e

referência excessiva de infecções transitórias por HPV), além de diminuir a ansiedade e o período de acompanhamento do paciente.

Atualmente, o teste de HPV-DNA é aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos como o teste de rastreamento primário para CC. No entanto, aproximadamente 20% dos pacientes que foram rastreados usando apenas o teste de HPV são diagnosticados erroneamente.

Segundo o estudo caso-controle de Frimer *et al.* (2019), que teve por objetivo avaliar padrões de metilação do HPV16 e sua associação com o pré-câncer do colo do útero, esse processo de metilação do vírus está associado à patologia câncer cervical, visto que aumenta com o tempo nas infecções.

Em outra pesquisa, realizada por Fiano *et al.* (2018), afirma-se que o processo de metilação ocorrido nas regiões do HPV está associado às lesões de câncer do colo do útero de alto grau, e observa-se ainda que este fenômeno está relacionado à idade.

O principal fator de risco associado à ocorrência de lesões precursoras e câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano, sendo também considerados o início precoce de atividades sexuais e a multiplicidade de parceiros sexuais. Outros fatores de risco incluem condições de imunossupressão, fatores nutricionais, história familiar, infecções genitais e uso prolongado de contraceptivos orais, embora estejam pouco esclarecidos.

Estudos realizados por Muangto *et al.* (2016) apontam que o teste de mRNA do HPV apresentou sensibilidade um pouco menor, mas um valor preditivo negativo mais alto (VPN) do que o teste de DNA para detectar citologia anormal durante a triagem do câncer do colo do útero ($p < 0,001$). O teste do HPV (DNA e mRNA) teve igual eficácia para detectar lesão pré-cancerosa de alto grau ou superior (NIC 2+).

De acordo com o Centers for Disease Control & Prevention, dois ensaios clínicos avaliaram a eficácia da vacinação contra a doença cervical. No primeiro, que contou com 12.157 mulheres entre 16 e 26 anos, verificou-se que a eficácia da vacinação foi de 100% na prevenção de HPV16 ou 18 relacionados com neoplasias intraepiteliais cervicais e adenocarcinomas *in situ*. No segundo ensaio, que incluía 5.442 mulheres entre 16 e 23 anos, verificou-se que a eficácia da vacinação foi de 100% na prevenção de qualquer grau de neoplasias intraepiteliais cervicais (1, 2 e 3), adenocarcinomas *in situ* ou tumores cervicais (MARKOWITZ *et al.*, 2014; SANTOS, 2016).

Picconi e Teyssié (2014, p. 589) apontam que "o grande impacto do papilomavírus humano (HPV) no campo da saúde surgiu com o conhecimento de seu potencial oncogênico e sua associação com tumores humanos, especialmente o câncer do colo do útero". Nesse sentido, o INCA destaca que diversos fatores estão envolvidos no desenvolvimento do câncer de colo de útero, mas as principais são as infecções persistentes pelo HPV. De acordo com o Instituto, o início precoce da vida sexual e o consequente aumento à exposição ao vírus HPV, bem como quadros de imunossupressão, o tabagismo e o uso prolongado de anticoncepcionais orais são fatores associados ao desenvolvimento desse tipo de câncer.

Souza (2015) ressalta a necessidade do rastreamento do câncer do colo do útero, fortemente associado à feminilidade, propiciar oportunidades para as mulheres ganharem autonomia sobre seus corpos e saúde, levando-as a sair da postura de passividade à que são submetidas na expressão de sua sexualidade.

O exame de Papanicolau é um método simples de detecção precoce que apresenta

baixo custo e é altamente eficaz se realizado de forma adequada com seus resultados analisados de forma correta. No entanto, devido a diversos fatores, esse exame não atinge toda a população-alvo. Nesse sentido, é essencial que as mulheres sejam informadas sobre o que é esse exame e sua importância. A morte decorrente de câncer de colo de útero está associada ao fato de que muitas vezes a doença é diagnosticada de forma tardia.

Ressalta-se a importância da educação em saúde para adquirir certo controle do câncer ginecológico. Tendo em vista que o pouco conhecimento anatômico que as mulheres têm do próprio corpo interfere na busca de outros tipos de diagnóstico, elas acreditam que o exame citopatológico é utilizado para diagnosticar a presença de doenças como o HIV e DST e não reconhecem que o exame detecta alterações nas células do colo do útero.

O câncer de colo de útero é uma neoplasia que realmente pode ser evitada, em diferentes estágios. Primeiramente, deve-se evitar o contágio com o vírus HPV, principal fator que leva ao desenvolvimento da neoplasia. O sistema público de saúde brasileiro já oferece a vacina como método eficiente nessa prevenção. O uso do preservativo nas relações sexuais também é fundamental. Além disso, exames de detecção precoce das lesões pré-cancerosas também são importantes para evitar o desenvolvimento da doença.

Podemos comprovar tal informação através da própria legislação, onde é enfatizado o papel do enfermeiro nesse contexto. Dessa forma, o enfermeiro tem um papel fundamental no exame de Papanicolau, podendo participar de ações educativas que conscientizam as mulheres sobre a importância do exame fornecendo informações relevantes (MOURA *et al.*, 2010).

CONCLUSÃO

Com este estudo, conclui-se que o câncer de colo de útero trata-se de uma patologia grave de alta incidência, levando a mortalidade mulheres em diversas faixas etárias. Ressalta-se, portanto, que é de primordial importância fazer investigações e estudos desse porte para arquivos históricos, epidemiológicos e identificar na sociedade a falta de conhecimento e, consequentemente, de atitude frente a possibilidade de adquirir doenças. Também é importante desenvolver programas que minimizem quadros aqui descritos.

Fica evidente que o profissional enfermeiro é o principal responsável dentro da atenção primária, por ser capaz de analisar as dificuldades encontradas para a realização do exame citopatológico. Desta forma, ele pode buscar soluções adequadas através de uma postura crítico-reflexiva visando uma assistência mais humanizada.

Faz-se necessária a educação em serviço para profissionais de saúde acerca de informações a serem divulgadas na atenção primária em saúde junto à comunidade, visando facilitar a comunicação, busca de casos e prevenção da patologia.

Este estudo mostrou que existe uma vasta literatura sobre o vírus HPV e o carcinoma cervical, ainda que com alguns aspectos controversos. Apesar do avanço no conhecimento sobre o assunto, as taxas de morbimortalidade por câncer de colo de útero continuam altas em países em desenvolvimento por se tratar de uma patologia de evolução lenta, sem manifestação clínica no seu início e, principalmente, por se tratar de uma infecção de transmissão sexual.

Sendo assim, faz-se necessário incentivar o rastreamento do câncer de colo do útero no grupo específico de mulheres, cujas estimativas

de risco estiveram positivamente associadas à não realização do exame, composto, sobretudo, pelos extratos de mulheres não pertencentes à faixa etária prioritária do programa, solteiras, com menor renda e baixa escolaridade.

Não se pretende esgotar o assunto com a presente pesquisa, mas fomentar novos estudos que aprimorem a sensibilidade do profissional enfermeiro na educação em saúde junto a equipe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMAROSA, E.J. *et al*. Impact of Possibly Oncogenic High-Risk Human Papillomavirus (HPV) Types in Triage for ASC-US Cervical Cytology Results. Journal of Lower Genital Tract Disease, v. 19, p. 307, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: bvsms.saude.gov.br › bvs › publicacoes › politica_nac_atencao_mulher. Acesso em: 10 nov. 2019.

CASTLE P.E. *et al*. Why does cervical cancer occur in a state-of-the-art screening program? Gynecologic Oncology, v. 146, p. 546, 2017.

COPPOCK J.D. *et al*. HPV RNA in situ hybridization can inform cervical cytology-histology correlation. Cancer Cytopathology, v. 126, p. 533, 2018.

DUVLIS, S. *et al*. HPV E6/E7 mRNA versus HPV DNA biomarker in cervical cancer screening of a group of Macedonian women. Journal of Medical Virology, v. 87, p. 1578, 2015.

FRIMER, M. *et al*. The association of sexual dysfunction with race in women with gynecologic malignancies. Gynecologic Oncology Reports, v. 30, 2019.

FIANO, V. *et al*. Methylation in host and viral genes as marker of aggressiveness in cervical lesions: Analysis in 543 unscreened women. Gynecologic Oncology, v. 151, p. 319, 2018.

HINKLE, J.L. & CHEEVER, K.H. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: www1.inca.gov.br › estimativa › 2018. Acesso em: 11 nov. 2019.

KASHOFER, K. & REGAUER, S. Analysis of full coding sequence of the TP53 gene in invasive vulvar cancers: Implications for therapy. Gynecologic Oncology, v. 146, p. 314, 2017.

MANICA, S.T. *et al*. Desigualdades socioeconômicas e regionais na cobertura de exames citopatológicos do colo do útero. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, 2016.

MARKOWITZ, L.E. *et al*. Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recommendations and Reports, v. 63, p. 1, 2014.

MOURA, A.D.A. *et al*. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de papanicolau: subsídios para a para a prática de enfermagem. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 11, p. 94, 2010.

MENDES, K.D.S. *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, v. 17, p. 758, 2008.

MUANGTO, T. *et al*. Experience of Combined Liquid Based Cervical Cytology and High-Risk HPV mRNA for Cervical Cancer Screening in Thammasat University Hospital. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, v. 17, p. 4409, 2016.

MURTA E.F.C. *et al*. Aspectos epidemiológicos da infecção pelo papilomavírus humano. Jornal Brasileiro de Ginecologia, v. 107, p. 95, 1997.

PICCONI, M.A. & TEYSSIÉ, A. Papilomavirus humanos. In: CARBALLAL, G.; OUBIÑA, J.R. Virologia médica. 4. ed. Buenos Aires: Corpus Libros Médicos y Científicos, 2014.

RAMOS, A.S. *et al*. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolaou. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, p. 170, 2006.

SANTOS, E.U.D. Estudo de associação de polimorfismos nos genes CCR2 e CCR5 com o desenvolvimento de lesões cervicais induzidas pelo HPV [dissertação]. Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2016.

SILVA, N.N.T. *et al*. Lack of association between methylenetetrahydrofolate reductase C677T polymorphism, HPV infection and cervical intraepithelial neoplasia in Brazilian women. BMC Medical Genetics, v. 20, 2019.

SOARES, C.B. *et al*. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, p. 335, 2014.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 13

A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO MULTIDISCIPLINAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

AUTORES

ANA AUGUSTA TELES DA PAIXÃO[1]
CLARA BEATRIZ SOUSA NASCIMENTO[1]
DANIELLE BARBOSA CRUZ[2]
LUIS RICARDO DE SIQUEIRA[2]
SUSANE MARIA DE SANTANA BARROS[2]

FILIAÇÃO

1. Discente – Medicina da Universidade Integrada Tiradentes de Aracaju.
2. Discente – Medicina da Faculdade Integrada Tiradentes de Jaboatão dos Guararapes.

Palavras-chave: Estratégia saúde da família; Equipe interdisciplinar de saúde; Atenção primária.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como função principal a organização da Atenção Básica, tornando o trabalho em equipe essencial para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, mediante equipes multiprofissionais, a ESF deve ter como prioridades a expansão, consolidação e qualificação da Atenção Primária de Saúde (APS) (FACCHINI *et al.*, 2018).

Assim, as relações interpessoais serão favorecidas por meio de reunião de diferentes profissionais, colaborando para a articulação de diferentes áreas e fazendo com que essa diversidade de informações se comunique e, consequentemente, proporcione os melhores cuidados para o paciente (PEREIRA *et al.*, 2013).

O trabalho multiprofissional possibilita a execução das tarefas, pelos integrantes da equipe, de forma horizontal, já que se dá mediante uma integração multifatorial dos profissionais. Neste sentido, observa-se maior autonomia e criatividade nas ações integradas nos serviços de saúde, refletindo em resultados satisfatórios. Assim, observam-se resultados cada vez mais efetivos e com execuções técnicas de excelência (BEZERRA *et al.*, 2019).

Ressalte-se que, no trabalho multiprofissional, cada membro da equipe dará a contribuição atinente à sua área de atuação, em conjunto com as demais soluções apontadas pelos outros técnicos e viabilizará o sucesso almejado pela Estratégia de Saúde da Família, o que difere de um trabalho em equipe, já que neste existe uma proposta de solução única, que não será executada por nenhum dos profissionais isoladamente (SANTOS *et al.*, 2016).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é responsável pelo funcionamento de toda estrutura organizacional da ESF. Assim, além de oferecer serviços, também assegura a integralidade do atendimento. À vista disso, a organização na APS tem como objetivo oferecer um atendimento qualificado, resolutivo e preventivo no contexto social em que ela está inserida. Por isso, a atuação dos profissionais de saúde possibilita o desenvolvimento de ações, que visam intervir no âmbito individual e clínico, respeitando as particularidades do paciente (FIGUEIREDO, 2012).

O trabalho da equipe multiprofissional tem como estratégia melhorar a qualidade da assistência, elevando a eficiência do atendimento prestado à população. Consequentemente, a especificidade e a autonomia de cada membro permitem o desenvolvimento de estratégias que proporcionam a liberdade nas decisões às necessidades de cada área adstrita (PEREIRA *et al.*, 2013). A equipe deve ser composta por vários profissionais, sendo, no mínimo: médico da Saúde da Família ou médico generalista; agentes comunitários de saúde; enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; auxiliar ou técnico de enfermagem. Além do mínimo necessário, a equipe pode estar acrescida de profissionais de saúde bucal, como cirurgião dentista ou técnico em saúde bucal (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Cada equipe deve ser responsável por um número restrito da população, sendo recomendado uma média de 3.000 pessoas. Além disso, em cada microárea, o grau de vulnerabilidade precisa ser respeitado, ou seja, territórios com maior grau de vulnerabilidade devem possuir maior número de profissionais por paciente e, consequentemente, priorizar tais áreas desfavorecidas (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O trabalho da equipe multiprofissional da ESF se tornou uma das principais ferramentas de intervenção na comunidade, tendo em vista que a equipe edifica as ações e metas a serem realizadas e, por isso, é de suma importância que todos os membros estejam engajados. Devido a

essa peculiaridade, os profissionais devem compartilhar seus conhecimentos e discutir, por meio de reuniões, os planejamentos e suas execuções, realizando, sempre que necessário, mudanças nas atuações (FIGUEIREDO, 2012).

Assim, a modalidade de interação deve proporcionar integração da equipe, encurtando o distanciamento entre os membros, evitando, assim, a fragmentação das ações. Portanto, deve-se buscar o máximo de qualidade na comunicação, visto que esta é fundamental para consecução do objetivo traçado pela equipe de saúde (BEZERRA *et al.*, 2019).

Além disso, a comunicação é importante para o planejamento das ações entre os diferentes membros da equipe, bem como da família do paciente, fortalecendo, assim, o vínculo e facilitando o acompanhamento da equipe com a participação dos familiares na reabilitação da saúde (PEREIRA *et al.*, 2013).

Portanto, condutas intervencionistas, no âmbito biopsicossocial, são essenciais para exercer o trabalho multiprofissional, pois pode-se buscar o trabalho participativo entre a comunidade, respeitando a individualidade de cada pessoa (WARTHA *et al.*, 2016).

O trabalho em equipe é de vital importância para um atendimento mais humanizado, atendendo aos princípios regidos pelo SUS de universalidade, integralidade, equidade, resolubilidade e humanização do atendimento, em conjunto à participação social. Com isso, torna-se possível o desenvolvimento de assistência à saúde digna e de confiança, que busque, além da cura, prevenção e acolhimento para todos (MEDEIROS *et al.*, 2011).

Enfim, a ESF, por meio das equipes multiprofissionais, tem o objetivo de promover assistência integral à saúde, proporcionando, assim, qualidade de vida ao cidadão. Diante disso, cabem aos profissionais todas as estratégias e estruturas disponíveis para a realização da saúde. A execução desse estudo está diretamente ligada à necessidade de demonstrar a imprescindibilidade da equipe multidisciplinar nas ações em saúde (BEZERRA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi apresentar um panorama da importância do trabalho multidisciplinar no SUS, abordando a Atenção Básica mediante a organização da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura sobre a influência do trabalho multidisciplinar na APS, realizada entre fevereiro de 2020 e agosto de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados SciELO, PubMed e LILACS. Foram combinados os seguintes descritores: “Estratégia saúde da família”, “Equipe interdisciplinar de saúde”, “Atenção primária” e “Assistência à saúde”. Foram selecionados 16 artigos e análise destes foi norteada pela pergunta acerca do tema: de que forma a equipe multidisciplinar influi no atendimento da APS?

Além disso, utilizamos como critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2000 e 2021, pesquisas bibliográficas relevantes ao tema e em português. Foram excluídos aqueles que não abordaram a temática estudada e que não atendiam aos outros critérios de inclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo revelam a importância da multidisciplinaridade no SUS, dando ênfase aos instrumentos de intervenção que visam respeitar a individualidade de cada paciente na atenção básica, por meio de estratégias que melhorem o acolhimento na ESF. Sendo alusivo aos princípios do SUS, o trabalho em equipe permite um envolvimento

amplo entre profissionais, pacientes e familiares, traduzindo-se em um labor efetivo e de alta qualidade (PEREIRA *et al.*, 2013).

A atuação do SUS é baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, sendo o primeiro definido pelo direito de todos aos serviços de saúde, independentemente de características pessoais. Já o segundo princípio baseia-se na diminuição das desigualdades, visando as necessidades específicas de cada cidadão. Por fim, o princípio da integralidade tem como objetivos a prevenção, a promoção, o tratamento e a reabilitação da saúde do indivíduo (MENDES *et al.*, 2015).

Além disso, há também os princípios organizativos, dentre eles a regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular. A regionalização e hierarquização possuem a função de organizar os serviços em níveis crescentes de complexidade, ou seja, das atividades mais simples até as mais difíceis (MATTOS, 2009).

A descentralização é a capacidade de redistribuição de responsabilidade entre diferentes níveis de governo. Com a diminuição do poder em uma única entidade, os serviços são prestados com maior qualidade e, também, garante a fiscalização por parte da população. A participação popular visa a inclusão dos cidadãos no processo de saúde, por meio de reuniões com representantes de cada microrregião, criação de conselhos e conferências (MATTOS, 2009).

A atenção básica no Brasil tem um trabalho consolidado, de forma que vários aspectos da vida do indivíduo, a exemplo de educação, vacinação, estilo de vida, alimentação, saúde mental e higiene são contemplados. Diante disso, o crescente acesso da população aos serviços fornecidos pelo SUS trouxe avanços significativos para a saúde geral da população, permitindo a manutenção do vínculo do profissional com o indivíduo e seus familiares (FACCHINI *et al.*, 2018).

Dessa forma, para propiciar qualidade na assistência em nível primário de atenção à saúde, deve-se valorizar as relações interpessoais durante o processo de cuidado ao paciente. O acolhimento favorece essa ligação de confiança entre os usuários do SUS e a equipe de saúde, o que é fundamental para a humanização do atendimento (COSTA *et al.*, 2014).

Por isso, a multiprofissionalidade proporciona a criação de um trabalho cooperativo que possibilita uma visão ampla concernente à prevenção e redução de risco de doenças. Ademais, torna-se essencial valorizar as relações interpessoais dos constituidores dessa equipe, visto que colaboram com a resolução de problemas na prática cotidiana (COSTA *et al.*, 2014).

A integração dos membros da equipe possibilita a troca de informações sobre os pacientes que são pertinentes para tomada de decisões, de acordo com a necessidade reconhecida pelos profissionais. Por conseguinte, cada membro possui um papel primordial na ESF, implementando condutas compatíveis com as dificuldades relatadas pela família e o paciente de maneira que satisfaçam suas necessidades, restabelecendo, assim, o vínculo (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

A interdisciplinaridade é essencial ao amparo do paciente e da sua família, uma vez que, no momento em que os membros da equipe conhecem a carência desses indivíduos, o trabalho realizado torna-se efetivo, pois todos participam da discussão, do planejamento e do acompanhamento do caso. Ressalte-se que as experiências vivenciadas, no dia a dia da APS, permitem o desenvolvimento de maior qualidade na prática de saúde, possibilitando a construção de métodos benéficos e eficazes para

a realidade das famílias, em seu contexto singular (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

As particularidades das distintas áreas de atuação permitem a articulação dos diferentes saberes o que amplia os olhares sobre uma determinada circunstância e expande as possibilidades de interferência no cuidado. Em função disso, há a necessidade de diversificar a divisão de trabalho a fim de atender às necessidades individuais das pessoas (PEREIRA *et al.*, 2013).

O trabalho dos profissionais que compõem a equipe da Unidade de Saúde é de extrema importância, pois possibilita maior cobertura e manutenção do serviço oferecido pela ESF. A atuação das equipes multidisciplinares nos serviços prestados proporciona efeitos positivos na população, pois o trabalho desempenhado pelas equipes permite maior orientação, prevenção de doenças e promoção da saúde, além de realizar ações de socialização entre a comunidade, práticas de lazer e de atividades físicas. Assim, o trabalho das equipes ajuda a solucionar os possíveis agravos, bem como direciona os casos mais graves para unidades hospitalares especializadas, demonstrando que existe um atendimento preventivo, integrado e contínuo (TESSER *et al.*, 2018).

Os agentes comunitários de saúde (ACS) auxiliam no planejamento de ações à saúde, trazendo as demandas do território para a ESF. Essa coleta de dados produz elementos para o acúmulo de conhecimento que auxilia no curso do planejamento de ações que ajudam no diagnóstico, tratamento, reabilitação e controle dos danos à comunidade. Assim, mediante a sua atuação, é possível alcançar melhorias na condição de saúde (PINHEIRO, 2014).

Além das ferramentas palpáveis, os ACS exercem função de assistência emocional, recurso fruto das articulações propostas pela ESF, que corrobora para o engajamento do tratamento dos pacientes. Assim, é evidenciada a importância da vinculação entre os agentes comunitários e a comunidade, como forma de favorecer a troca de informações entre a equipe, o que potencializa ações de cuidado no sistema de saúde, já que os agentes têm um olhar atento e próximo das necessidades da comunidade, possibilitando, por conseguinte, maior qualidade de vida (PINHEIRO, 2014).

O enfermeiro, em conjunto com o técnico de enfermagem, assiste as famílias cadastradas e cuida da saúde dos indivíduos por meio de ações coletivas que visam a prevenção, cura e reabilitação, bem como planeja e conduz a equipe na articulação de assistência direta à população. Dessa forma, esses profissionais executam intervenções no âmbito da saúde individual e do grupo de maneira humanizada reduzindo os agravos na comunidade (LOPES *et al.*, 2020).

Similarmente, o médico atua prevenindo, diagnosticando e tratando doenças do grupo social, sendo responsável pelo acompanhamento terapêutico do usuário conforme protocolos e diretrizes propostas pelos gestores de ordem federal, estadual e municipal. Desse modo, cabe a ele elaborar o plano de cuidados para pessoas com doenças crônicas junto aos demais membros da equipe, além de encaminhar para outros serviços de atendimento, caso haja necessidade (PINTO, 2007).

A ação em conjunto de todos os profissionais de saúde está associada às Redes de Atenção à Saúde, que são responsáveis pelas ações e serviços prestados pela ESF, além de organizar, em diferentes níveis de atenção, os fluxos de atendimentos e, assim, proporcionar um melhor acolhimento na Atenção Primária (FIGUEIREDO, 2012).

CONCLUSÃO

A expansão da ESF teve um impacto relevante na sistematização da saúde, com o atendimento integrado que permite maior atenção e individualização dos pacientes, criando um forte laço entre família e profissionais de saúde e sendo essencial para o acompanhamento humanizado. Desta forma, a ESF permitiu a diminuição de desigualdades na saúde da população por meio de melhoria na equidade do acesso. Tal expansão fez com que populações antes marginalizadas, como pessoas de menor renda, idosos e portadores de doenças crônicas estreitassem o vínculo com a Unidade Básica de Saúde (FIGUEIREDO, 2012).

Por fim, o estudo demonstrou a importância da equipe multiprofissional no âmbito da ESF acerca de melhorias na qualidade, eficiência e humanização do serviço prestado. A autonomia dos profissionais da saúde corrobora para um atendimento de confiança, com base no acolhimento de qualidade, prevenção e cura da população, o que garante a promoção em saúde da comunidade (PEREIRA *et al.*, 2013).

Dessa forma, os profissionais de saúde têm como objetivo promover assistência integral à saúde por meio de estratégias que proporcionem maior cobertura e manutenção dos serviços que são ofertados na ESF para a população e, com isso, melhorar a qualidade de vida de cada cidadão (MEDEIROS *et al.*, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, R.K.C. *et al*. A Importância do Trabalho da Equipe Multiprofissional na Estratégia na Saúde da Família e seus Principais Desafios. Revista Expressão Católica Saúde, v. 4, p. 8, 2019.

COSTA, J.P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. Saúde Debate, v. 38, p. 733, 2014.

FACCHINI, L.A. *et al.* Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde Debate, v. 42, p. 208, 2018.

FIGUEIREDO, E.N., editora. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. São Paulo: UNIFESP, 2012.

LOPES, O.C.A. *et al*. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem, v. 24, p. 1, 2020.

MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, p. 771, 2009.

MEDEIROS, C.S. *et al*. O Processo de (Des)Construção da Multiprofissionalidade na Atenção Básica: Limites e Desafios à Efetivação do Trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa-PB. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 15, p. 319, 2011.

MENDES, E.C. *et al*. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. Saúde Debate, v. 39, p. 881, 2015.

OLIVEIRA, E.A. *et al.* Atendimento Multidisciplinar ao paciente de Atenção Primária: Desafios da integração multissetorial. Revista Saúde em Foco, v. 9, p. 122, 2017.

OLIVEIRA, E.M. *et al*. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Revista Saúde Pública, v. 40, p. 727, 2006.

PEREIRA, R.C.A. *et al*. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. Interface, v. 17, p. 327, 2013.

PINHEIRO, R.L. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. Estudos de Psicologia, v. 19, p. 48, 2014.

PINTO, L.L.S. *et al*. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 31, p. 201, 2007.

SANTOS, R.R. *et al*. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, v. 18, p. 130, 2016.

TESSER, C.D. *et al.* Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde Debate, v. 42, p. 174, 2018.

WARTHA, C. *et al.* Visão dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família: Cuidado Multiprofissional na Saúde Mental. Unoesc, p. 2, 2016.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 14

BENEFÍCIOS DA MUSICOTERAPIA AO TRABALHO DE PARTO

AUTORAS

ALCIOMARA TELES GOMES[1]
ALINE PATRÍCIA COSTA DA LUZ[1]
BÁRBARA HELEN AMORIM DE BRITO[1]
KEYLA CYBELLY RODRIGUES BEZERRA[1]
MARIA LIDIANA ALENCAR DE LIMA RODRIGUES[2]
GLEICIANE DA ROCHA RODRIGUES[1]
RAQUEL VILANOVA ARAÚJO[3]

FILIAÇÃO

1. Discente – Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pela IESM.
2. Discente – Enfermeira pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplos.
3. Docente – Doutora em Enfermagem pela Universidade federal do Piauí.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Musicoterapia; Parto Humanizado.

INTRODUÇÃO

As práticas integrativas e complementares (PIC) passaram a ser implantadas no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006 e, desde então, percebe-se seu uso e ampliação em diversos cenários da assistência, dentre estes o da obstetrícia. Pesquisas evidenciam que o uso destas práticas em gestantes tem contribuído para melhorar a qualidade da assistência à saúde a estas mulheres e seu bem-estar durante a gestação (FERNANDES *et al.*, 2021). Em estudo desenvolvido com a finalidade de avaliar os avanços na assistência ao parto no Brasil, o uso dos métodos não farmacológicos durante o trabalho, dentre outras intervenções, foi apontado como uma contribuição para a mudança do cenário da atenção ao parto e nascimento, e, portanto, melhora dos desfechos maternos e neonatais negativos (LEAL *et al.*, 2019).

Das PIC oferecidas pelo SUS, tem-se a musicoterapia como uma intervenção de baixo custo, fácil aplicação, não invasiva, que pode ser utilizada durante o trabalho de parto como método não farmacológico para alívio da ansiedade para a mãe, além de proporcionar maior conforto para o feto, bem como estabelecer a comunicação entre paciente e equipe de saúde (MENDES *et al.*, 2019). No entanto, apesar da frequência do uso da musicoterapia no trabalho de parto, percebe-se que os profissionais utilizam este recurso sem o conhecimento adequado sobre indicação, benefícios, tipo de melodia, etc. Deste modo, o presente estudo tem como objetivo recuperar trabalhos que abordam a temática pretendida, a fim de buscar estudos que abordam a temática e, portanto, conhecer e identificar os benefícios da musicoterapia durante o trabalho de parto. Com o estudo, espera-se contribuir com o aprofundamento das discussões sobre a temática e do conhecimento relacionado ao uso da musicoterapia durante o trabalho de parto, tornando o parto um momento inesquecível e marcado de boas lembranças na vida da mulher.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, de abordagem quantitativa desenvolvida com a finalidade de conhecer os benefícios da musicoterapia para a parturiente durante o trabalho de parto. Este tipo de abordagem implica em demonstrar os resultados obtidos em outras pesquisas com a melhor qualidade possível (KAUARK *et al.*, 2010; PEREIRA *et al.*, 2018). Para responder à pergunta da pesquisa, “Quais os benefícios da musicoterapia para a parturiente durante o trabalho de parto?”, utilizou-se o acrônimo PICo, onde o P, corresponde à população; I, ao interesse; e o Co, ao contexto.

Realizou-se uma busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SciELO, Medline e Base de Dados da Enfermagem (BDENF), combinando com operadores booleanos AND e OR os seguintes descritores em saúde (DeCS/MeSH): “Parturiente”, “*Pregnant women*”, “Musicoterapia”, “*Music therapy*”, “Trabalho de parto”, “*Labor*”, “*Obstetric*”. Os **Quadros 14.1** e **14.2,** a seguir, apresentam a descrição da estratégia de busca.

Quadro 14.1. Modelo ECUs - Estratégia PICo

Objetivo/ Problema	Quais os benefícios da musicoterapia para a parturiente durante o trabalho de parto		
	P	**I**	**Co**
Extração	Parturiente	Musicoterapia	Trabalho de Parto
Conversão	*Pregnant Women*	*Music Therapy*	*Labor, Obstetric*
Combinação	Gestantes Grávidas Mulher Grávida Mulheres Grávidas Parturiente Parturientes	Musicoterapia	Trabalho de Parto
Construção	(Parturiente) OR (Parturientes) OR (Mulheres Grávidas) OR (Parturiente) OR (Mulher Grávida) OR (Grávidas) OR (Gestantes) OR (*Pregnant Women*)	(Musicoterapia) OR (*Music Therapy*)	(*Labor, Obstetric*) OR (Trabalho de Parto)
Uso	((Parturiente) OR (Parturientes) OR (Mulheres Grávidas) OR (Parturiente) OR (Mulher Grávida) OR (Grávidas) OR (Gestantes) OR (*Pregnant Women*)) AND ((Musicoterapia) OR (*Music Therapy*)) AND ((*Labor, Obstetric*) OR (Trabalho de Parto))		

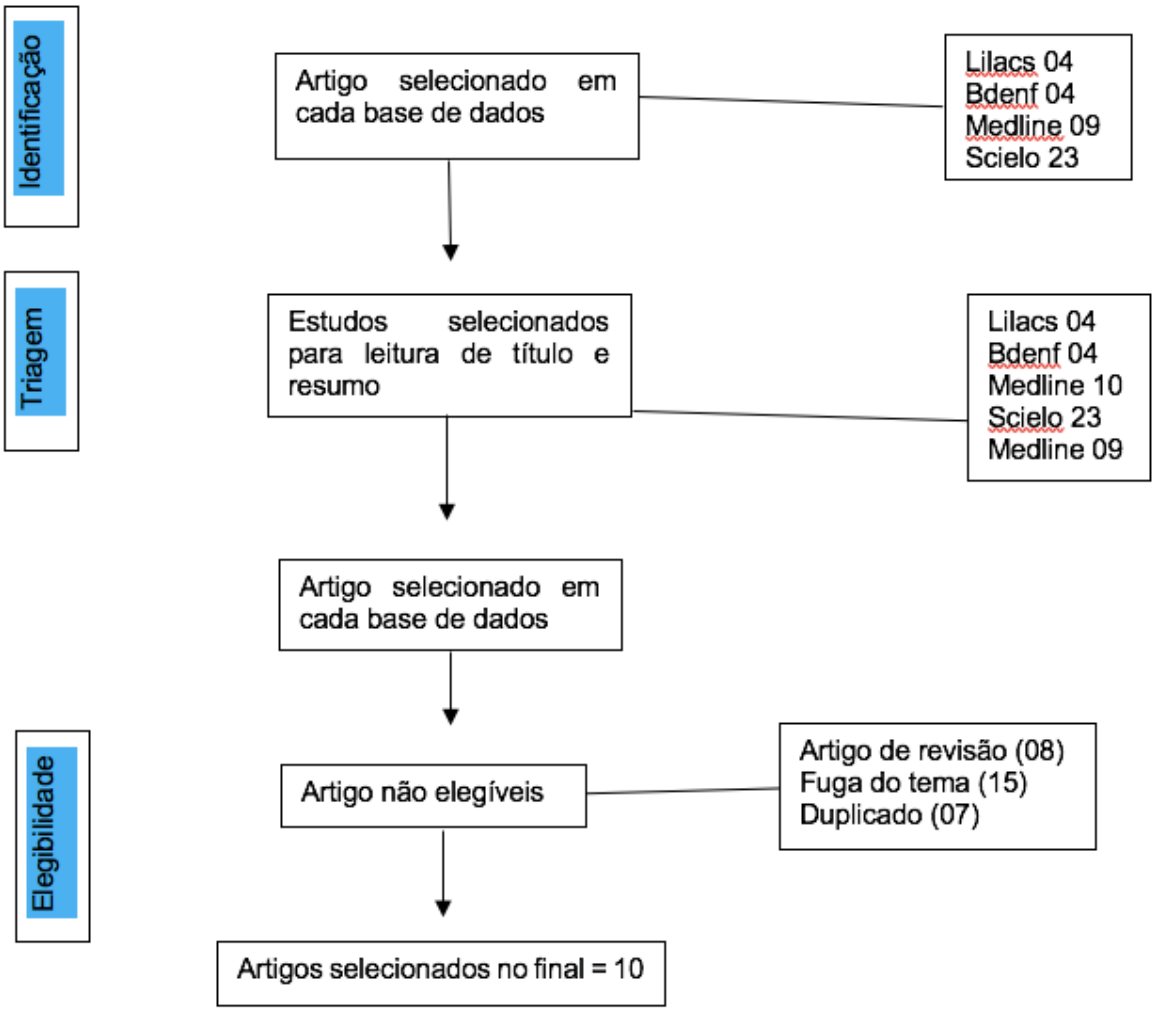
Fonte: Adaptado de Kauark *et al*., 2010 e Pereira *et al.*, 2018.

Quadro 14.2. *String* de busca para a revisão integrativa

BASE	***STRING* DE BUSCA**	**QUANTIDADE**	**APÓS LEITURA TÍTULO/ RESUMO**
LILACS	((Parturiente) OR (Parturientes) OR (Mulheres Grávidas) OR (Parturiente) OR (Mulher Grávida) OR (Grávidas) OR (Gestantes) OR (*Pregnant Women*)) AND ((Musicoterapia) OR (*Music Therapy*)) AND ((*Labor, Obstetric*) OR (Trabalho de Parto))	4	2
BDENF	((Parturiente) OR (Parturientes) OR (Mulheres Grávidas) OR (Parturiente) OR (Mulher Grávida) OR (Grávidas) OR (Gestantes) OR (*Pregnant Women*)) AND ((Musicoterapia) OR (*Music Therapy*)) AND ((*Labor, Obstetric*) OR (Trabalho de Parto))	4	1
SciELO	((Parturiente) OR (Parturientes) OR (Mulheres Grávidas) OR (Parturiente) OR (Mulher Grávida) OR (Grávidas) OR (Gestantes) OR (*Pregnant Women*)) AND ((Musicoterapia) OR (*Music Therapy*)) AND ((*Labor, Obstetric*) OR (Trabalho de Parto))	23	4
Medline	((Parturiente) OR (Parturientes) OR (Mulheres Grávidas) OR (Parturiente) OR (Mulher Grávida) OR (Grávidas) OR (Gestantes) OR (*Pregnant Women*)) AND ((Musicoterapia) OR (*Music Therapy*)) AND ((*Labor, Obstetric*) OR (Trabalho de Parto))	9	3

Na busca inicial foram recuperados 40 artigos, destes, foram excluídos 15 por não responderem à pergunta da pesquisa, oito por serem artigos de revisão e sete por serem artigos duplicados nas bases, restando dez estudos na amostra final. A **Figura 14.1** ilustra como se deu este processo.

Figura 14.1 Fluxograma de seleção dos artigos



RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que diz respeito ao delineamento da pesquisa, percebe-se uma prevalência quanto ao desenvolvimento de ensaio clínico randomizado (37%), descritivo exploratório (25%), seguido por relato de experiência, estudo transversal e análise reflexiva (38%). Quanto ao ano de publicação dos artigos, predomina o ano de 2018 (40%), seguido por 2020 (20%), 2019 (20%), 2017 (10%) e 2016 (10%).

Quadro 14.3 Artigos selecionados para a revisão integrativa

	Autor/ano	Título	Tipo de estudo	Objetivo do estudo
1	BISHAW *et al.* (2020)	Conhecimento e uso de métodos de alívio da dor do parto e fatores associados entre cuidadores obstétricos em centros de saúde pública da zona de East Gojjam, região de Amhara, Etiópia: um estudo transversal baseado em instalações	Estudo transversal	Avaliar o conhecimento e o uso de métodos de alívio da dor do parto e fatores associados entre cuidadores obstétricos.

2	BUGLIONE *et al.* (2020)	Efeito da música no trabalho de parto e no parto em gestações únicas de nulíparas: um ensaio clínico randomizado	Ensaio clínico randomizado	Testar a hipótese de que em mulheres nulíparas com gravidez única a termo, ouvir música reduziria o nível de dor durante o trabalho de parto.
3	DUARTE *et al.* (2019)	Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento	Estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa	Identificar as tecnologias do cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas em um Centro de Parto Normal.
4	VIANA *et al.* (2019)	Assistência de enfermagem ao parto humanizado: vivência de extensionistas	Relato de experiência descritivo/ qualitativo	Descrever a experiência de acadêmicas na assistência de enfermagem ao parto humanizado em uma maternidade na região norte do Ceará.
5	ARAÚJO *et al.* (2018)	Métodos não farmacológicos no parto domiciliar	Estudo qualitativo tipo análise reflexiva	Discutir acerca dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto domiciliar.
6	MAKVANDI *et al.* (2018)	Efeito do programa de parto fisiológico normal em hospitais amigos da mãe na duração do trabalho de parto	Ensaio clínico randomizado	Avaliar o efeito de um programa implantado em um hospital do Irã, referente ao parto fisiológico normal na duração da fase ativa e no segundo estágio do trabalho de parto.
7	SILVA (2018)	Métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto e parto: conhecimento e utilização por profissionais de enfermagem em hospitais públicos de Campo Grande – MS	Pesquisa descritiva exploratória, de caráter quantitativo	Descrever o conhecimento e a utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto e parto pelos profissionais de enfermagem de hospitais públicos de Campo Grande – MS.
8	SURUCU *et al.* (2018)	O efeito da música na dor e ansiedade das mulheres durante o trabalho de parto na primeira gravidez: um estudo da Turquia	Ensaio clínico randomizado	Analisar o efeito da música na dor e ansiedade sentidas por mulheres em trabalho de parto durante a primeira gravidez.
9	KARKAL *et al.* (2017)	Eficácia da musicoterapia na redução da dor e ansiedade entre mulheres primigestas durante a fase ativa da primeira fase do parto	Ensaio clínico randomizado	Avaliar o nível de dor e ansiedade de mulheres primigestas no primeiro estágio do trabalho de parto antes e após a aplicação da musicoterapia.
10	FERRER *et al.* (2016)	Estudo comparativo que analisa a satisfação de mulheres com o parto e os resultados obstétricos em dois modelos diferentes de assistência à maternidade.	Estudo descritivo correlacional	Descrever diferenças nos resultados obstétricos e na satisfação das mulheres com o parto em dois modelos diferentes de assistência à maternidade (modelo biomédico e parto humanizado).

Após a análise da amostra do estudo, os artigos foram categorizados conforme os benefícios e vantagens da musicoterapia para o alívio da dor no trabalho de parto, para melhor compreensão e desenvolvimento da discussão, conforme apresentam os **Quadros 14.4 e 14.5**, a seguir.

Quadro 14.4 Categorização dos estudos conforme os benefícios da musicoterapia

Autor/ano	Benefício da musicoterapia durante o trabalho de parto
MAKVANDI *et al.* (2018), SILVA (2018) e KARKAL *et al*. (2017)	Redução da ansiedade no parto vaginal.
SILVA (2018) e KARKAL *et al*. (2017)	Alívio da dor durante o parto vaginal.
DUARTE *et al.* (2019), FERRER *et al.* (2016), BUGLIONE *et al.* (2020) e SILVA (2018)	Melhoria do bem-estar.
BUGLIONE *et al.* (2020)	Redução de dor e ansiedade antes e depois do parto cesáreo.
MAKVANDI *et al.* (2018), SILVA (2018), KARKAL *et al.* (2017), SURUCU *et al.* (2018) e BISHAW *et al.* (2020)	Facilita no enfrentamento da dor no trabalho de parto normal.
DUARTE *et al.* (2019) e ARAÚJO *et al.* (2018)	Melhoria na qualidade da assistência/cuidado prestado às mulheres.
VIANA *et al.* (2019) e FERRER *et al.* (2016)	Vivenciar o nascimento de forma humanizada.
VIANA *et al.* (2019) e DUARTE *et al.* (2019)	Criação e fortalecimento de vínculos entre as profissionais.
DUARTE *et al.* (2019)	Maior satisfação das mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Quadro 14.5. Categorização dos estudos conforme as vantagens da musicoterapia

Autor/ano	Vantagens
SILVA (2018)	Método eficaz, simples e econômico.
KARKAL *et al*. (2017)	Medida não farmacológica eficaz, não invasiva e de baixo custo.
ARAÚJO *et al.* (2018)	Assistência mais humanizada, segurança, confortável e mais confiante para a parturiente.
ARAÚJO *et al.* (2018)	Fortalece o vínculo entre mãe e bebê, promovendo uma recuperação pós-parto mais saudável.
DUARTE *et al.* (2019)	Contribui para a promoção do parto respeitoso, favorecendo o protagonismo da mulher no processo de parturição.
VIANA *et al.* (2019)	Aniquila anseios e temores da mãe relacionados ao momento do parto.
SILVA (2018)	Promove uma evolução mais amena e eutócica do trabalho de parto.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Dentre as práticas integrativas e complementares, considera-se a musicoterapia como um método natural que contribui no aumento do nível da ocitocina, bem como na redução da dor e da ansiedade. Nesse sentido, no estudo realizado por Ferrer *et al.* (2016) observou-se que esse modelo de atenção humanizada nas maternidades tem contribuído para o maior nível de satisfação materna, ainda mais quando as parturientes tinham suas expectativas sobre o alívio da dor atendidas.

Nesse ínterim, Dehcheshmeh e Rafiei (2015), em estudo randomizado que avaliou a escala da dor durante o trabalho de parto durante a utilização da musicoterapia, a massagem e o trabalho de parto sem técnicas específicas para o alívio da dor, descobriram que o escore médio da intensidade da dor nos grupos A e B (que utilizaram técnicas para o alívio de dor) foi mais baixo do que o escore médio da intensidade da dor no grupo C, que não utilizou métodos específicos para o alívio de dor durante o trabalho de parto. Comprovou-se, assim, a eficácia da utilização de métodos como a musicoterapia para amenização da dor durante o processo de parto.

Tabarro *et al.* (2010) ressaltam que os discursos evidenciaram efeitos surpreendentemente favoráveis com relação a aspectos importantes da vivência do trabalho de parto. Uma observação marcante na pesquisa foi de que nenhuma parturiente solicitou a interrupção da música; pelo contrário, todas manifestaram

claramente o desejo de que a música fosse mantida até o final do parto.

Em ensaio clínico randomizado desenvolvido por Buglione *et al.* (2020), verificou-se que a música foi associada a maior conforto, confiança, relaxamento, calma, paz e familiarização das parturientes com o ambiente e os profissionais que atuam no momento do parto. A musicoterapia trouxe benefícios para alívio e enfrentamento da dor, redução da ansiedade durante o trabalho de parto e ajudou em outros aspectos, dentre estes, melhoria da qualidade da assistência, construção de vínculo de confiança, maior segurança e vivência humanizada do parto.

No ensaio clínico randomizado realizado por Karkal *et al.* (2017), os resultados mostraram que a musicoterapia é uma medida não farmacológica eficaz, não invasiva e de baixo custo entre primigestas em trabalho de parto para reduzir a dor e a ansiedade, aumentar a capacidade de enfrentamento e relaxamento.

Quando comparada a musicoterapia com a acupressão no ponto *Hoku*, verificou-se que ambas as intervenções possuem o mesmo efeito analgésico em parturientes, apesar da musicoterapia com sons de piano e ondas da praia ter promovido maior relaxamento. Deste modo, conclui-se que a musicoterapia é um método eficaz para alívio da dor no trabalho de parto, do medo e ansiedade (SURUCU *et al.*, 2018).

A utilização da música representa baixo custo e fácil aplicabilidade, além de ser uma estratégia de cuidado não farmacológica e não invasiva. Silva (2018) assevera que o efeito da música usada como método não farmacológico para o alívio da dor do trabalho de parto pode interferir de forma relaxante no ciclo vicioso medo-tensão-dor, visando à quebra deste ciclo e, consequentemente, minimizando a dor. Além do alívio do medo e da dor no momento das contrações, observou-se que a musicoterapia contribuiu para diminuição da tensão e melhoria da espiritualidade e, como consequência, para o relaxamento mais eficaz nos intervalos das contrações e uma evolução mais amena e eutócica do trabalho de parto (SILVA, 2018).

Já o estudo de Viana *et al.* (2019) corrobora com o caráter humanizador da assistência por meio de métodos não invasivos como a musicoterapia, afirmando que estes podem aniquilar anseios e temores relacionados ao momento mais esperado pela mãe, que é o parto. Isto pode ser compreendido através do ensaio clínico randomizado de Simavli *et al.* (2014), que examinou os efeitos da musicoterapia na gravidade da dor do parto e nível de ansiedade materna. No ensaio, os autores demonstraram que ao ouvir música durante o trabalho de parto a parturiente diminuiu a ansiedade e a dor, o que impactou na necessidade de utilização dos analgésicos. A musicoterapia, portanto, promoveu o relaxamento físico por meio da resposta simpática, causando diminuição dos hormônios de estresse, redução da ansiedade e melhoria da tolerância da dor por parte da mãe.

Makvandi *et al.* (2018) explicam que é comum que mulheres tenham insegurança relacionada ao parto, ainda mais pelo fato de ser um evento inédito na vida de algumas. Sentimento como medo, ansiedade e tensão são comuns, no entanto, quando não controlados, podem interferir de maneira negativa durante o trabalho de parto. Diante disto, é fundamental que os profissionais estabeleçam uma relação de confiança, harmoniosa, imprimida pela ética e respeito com as parturientes, a fim de tornar esta experiência exitosa e agradável para a mulher, a família e o feto.

Assim, é essencial que o enfermeiro obstetra que esteja assistindo a parturiente durante o trabalho de parto, reconheça a importância das técnicas não farmacológicas, de forma que seu

uso ofereça uma maneira segura para alívio da dor no parto fisiológico normal (MAKVANDI *et al.*, 2018). Acreditando na potencialidade da musicoterapia para alívio da dor no trabalho de parto, Lorencetto *et al.* (2021) asseveram que esta técnica, enquanto método não farmacológico, proporciona à parturiente conforto e relaxamento, a partir da diminuição da percepção da dor, possibilitando maior liberdade de posições e movimentos, daí a relevância da adoção da musicoterapia pelos profissionais de saúde.

Apesar dos benefícios consistentes apresentados pelas técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto, como a musicoterapia, a analgesia epidural ainda é uma das técnicas mais utilizadas para este fim. No entanto, a adoção desta prática não está isenta de riscos, resultando em consequências como o acréscimo do período de tempo de dilatação e expulsivo, maior associação a partos instrumentados e cesarianas, bem como um aumento na incidência de febre intraparto (CASTRO *et al.*, 2015).

É válido destacar que pesquisadores apontam que, embora o controle da dor no parto seja aceito e implementado em muitos países, o seu controle na prática assistencial raramente é praticado, o que pode ser associado a falta de conhecimento e uso destes métodos (BISHAW *et al.*, 2020).

A abordagem da pesquisa-ação participativa em saúde possibilitou transformações na prática de cuidado à mulher com dor do parto, desta forma é possível entender que esta é uma abordagem propícia para a ação transformadora nas práticas de cuidado em saúde (DUARTE *et al.*, 2019). A musicoterapia, como parte integrante das tecnologias do cuidado, contribui para a promoção do parto respeitoso, favorecendo o protagonismo da mulher no processo de parturição.

Araújo *et al*. (2018) explicam que através da musicoterapia é possível oferecer uma assistência mais humanizada, segura confortável e confiante para a parturiente. Para o momento do parto, oferece uma experiência menos traumática e com menos procedimentos invasivos e desnecessários, bem como fortalece o vínculo entre mãe e bebê, de modo a promover uma recuperação pós-parto saudável.

Sendo assim, a música potencializa os resultados e pode ser considerada um meio muito eficaz como foco de atenção, causando um estímulo agradável ao cérebro, desviando a atenção da mãe na hora da dor (SILVA, 2018). Nesse sentido, a música pode ser utilizada como uma forma de distração que não reduz a dor, mas causa um estímulo agradável ao cérebro, desviando a atenção da mãe da sensação dolorosa (OLIVEIRA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2013).

A adoção da musicoterapia no cuidado de enfermagem obstétrica pode acarretar muitos pontos benéficos, pois, além da capacidade de promover bem-estar por meios de vibrações sonoras, também pode aliviar a ansiedade, diminuir o medo, amenizar a dor e facilitar a comunicação e a expressão de sentimentos. Assim, o uso desta técnica terapêutica alternativa pode suprir, na maioria dos casos de partos de baixo risco, a necessidade do uso de medicamentos ou procedimentos invasivos, o que gera uma experiência negativa nas parturientes. Além disso, o uso das terapias musicais pode ser estendido para o pós-parto, como uso contínuo (LIMA, 2015).

CONCLUSÃO

Para facilitar o enfrentamento da dor do parto e melhorar o bem-estar da mulher com a atividade durante o trabalho de parto, a musicoterapia, método não farmacológico, é uma terapia eficaz, simples e econômica.

Observou-se a escassez de publicações sobre a temática. É aconselhável que nova pesquisas sejam desenvolvidas a fim de identificar e compreender as experiências de parto, tanto por parte das mulheres como dos profissionais que integram este cenário, além de revelar as contribuições das intervenções não farmacológicas para alívio da dor no parto, o que ajudaria a evitar longos períodos na evolução do parto e diminuir os riscos de intercorrências negativas.

A musicoterapia pode ser uma estratégia adicional positiva, relativamente simples e de baixo custo a ser implementada nas maternidades a fim de aprimorar o atendimento, principalmente no que diz respeito a humanização e melhoria do relacionamento na tríade equipe/mães/bebês.

As limitações desta pesquisa se inserem no contexto do reduzido número de publicações de abordagem qualitativa sobre musicoterapia no trabalho de parto e de indisponibilidade de outras referências bibliográficas nas bases de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, A.S.C *et al*. Métodos não farmacológicos no parto domiciliar. Revista de Enfermagem, v. 12, p. 1091, 2018.

BISHAW, K.A. *et al*. Knowledge, and use of labour pain relief methods and associated factors among obstetric caregivers at public health centers of East Gojjam zone, Amhara region, Ethiopia: a facility based cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth, v. 20, p. 1, 2020.

BUGLIONE, A. *et al*. Efeito da música no trabalho de parto e no parto em gestações de nulíparas únicas: um ensaio clínico randomizado. Archives of Gynecology and Obstetrics, v. 301, p. 693, 2020.

CASTRO, M.A. *et al*. Influencia de la analgesia epidural en la aparición de la fiebre intraparto. Metas de Enfermería, v. 18, p. 56, 2015.

DEHCHESHMEH, F. S. & RAFIEI, H. Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: A comparative study between music therapy and Hoku point ice massage. Complementary Therapies in Clinical Practice, v. 21, p. 229, 2015.

DUARTE, M.R. *et al*. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. Cogitare Enfermagem, v. 24, e54164, 2019.

FERNANDES, K.S. *et al.* Use of Integrative and Complementary Health Practices by professionals in pregnant women with low back pain: integrative review. Brazilian Journal of Pain, v. 4, p. 161, 2021.

FERRER, M.B.C. *et al*. Estudo comparativo que analisa a satisfação das mulheres com o parto e os resultados obstétricos em dois modelos diferentes de assistência à maternidade. BMJ Open, v. 6, e011362, 2016.

KARKAL, E. *et al.* Eficácia da musicoterapia na redução da dor e ansiedade entre mulheres primigestas durante a fase ativa da primeira fase do parto. International Journal of Nursing Education, v. 9, p. 57, 2017.

KAUARK, F. *et al*. Metodologia da pesquisa: guia prático Itabuna: Via Litterarum, 2010.

LEAL, M.C. *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. 1, 2019.

LIMA, V. A musicoterapia durante a gravidez [trabalho de conclusão de curso]. Mindelo: Universidade do Mindelo, 2015.

LORENCETTO, S.B. *et al.* Música e parto: uma terapia para o alívio da dor. Revista Recien., v. 11, p. 277, 2021.

MAKVANDI, S. *et al.* The Effect of Normal Physiologic Childbirth on Labor Pain Relief: an Interventional Study in Mother-Friendly Hospitals. Maedica, v. 13, p. 286, 2018.

MENDES, D.S. *et al.* Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. Journal Health NPEPS, v. 4, p. 302, 2019.

OLIVEIRA, L. S. *et al*. Uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto normal. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, p. 2850, 2020.

PEREIRA, A.S. *et al*. Metodologia da pesquisa científica. Santa Maria: UFSM, NTE, 2018.

SILVA, D.A. *et al*. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE, v. 7, p. 4161, 2013.

SILVA, L.B. Métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto e parto: conhecimento e utilização por profissionais de enfermagem em hospitais públicos de Campo Grande – MS [trabalho de conclusão de curso]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2018.

SIMAVLI, S. *et al.* Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: a randomized controlled clinical trial. Gynecologic and Obstetric Investigation, v. 78, p. 244, 2014.

SURUCU, S.G. *et al.* The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: a study from Turkey. Complementary Therapies in Clinical Practice, v. 30, p. 96, 2018.

TABARRO, C.S. *et al*. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, p. 445, 2010.

VIANA R.R *et al*. Assistência de enfermagem ao parto humanizado: vivência de extensionistas. Saúde em Redes, v. 5, p. 109, 2019.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 15

DISPOSITIVOS INTEROCLUSAIS

AUTORAS

ANA CAROLINA GOMES ROCHA[1]
JULIANE FRANCO MARTINS[1]
TÂNIA DE FREITAS BORGES[2]
MORGANA GUILHERME DE CASTRO SILVERIO[2]
SHEILA RODRIGUES DE SOUSA PORTA[2]

FILIAÇÃO

1. Discente – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.
2. Docente – Curso Técnico em Prótese Dentária da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.

Palavras-chave: Dispositivos oclusais; Disfunção temporomandibular; Síndrome da apneia obstrutiva do sono.

INTRODUÇÃO

Diferentes tipos de dispositivos intraorais removíveis (DIO) têm sido indicados como auxiliares no tratamento de desordens como Disfunção Temporomandibular (DTM) e Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), e também para proteção em esportes de impacto. Dependendo de sua indicação, o desenho dos aparelhos, o material utilizado e as técnicas de confecção podem variar.

Segundo Conti (2020), os dispositivos interoclusais são aparelhos intrabucais removíveis, que podem ser confeccionados na maxila ou mandíbula e geralmente recobrem as superfícies incisais e oclusais dos dentes, alterando a oclusão do paciente e criando contatos oclusais mais adequados e, consequentemente, um relacionamento maxilomandibular mais favorável. Além disso, protegem os dentes contra os desgastes provocados pelo atrito dentário parafuncional, um dos sinais da DTM. Diversas nomenclaturas são utilizadas na literatura, normalmente se referindo ao mesmo aparelho, como placas interoclusais, placa estabilizadora, placa miorrelaxante, placa de Michigan, protetor noturno, aparelho ortopédico, placa de mordida, placa de bruxismo, entre outras. O termo "placa oclusal" tem sido evitado ultimamente, sendo sugerido substituí-lo por "dispositivo oral", a fim de desvinculá-lo do aspecto oclusal. Atualmente, os DIO são indicados como parte do tratamento de diversos sinais e sintomas de DTM como dores musculares e articulares, estalidos da articulação temporomandibular (ATM) e, também, no controle do desgaste dentário em pacientes com bruxismo (MANFREDINI *et al*., 2020). Os DIO também apresentam importante papel na reabilitação oral, especialmente no diagnóstico e restabelecimento de uma dimensão vertical de oclusão (DVO) adequada (MENCHEL *et al*., 2021).

O uso de aparelhos intraorais que protraem a mandíbula aumentando o espaço velofaríngeo mostrou-se eficaz na manutenção da permeabilidade das vias respiratórias e redução da pressão arterial de pacientes com SAOS leve e moderada. Os aparelhos variam quanto ao material de fabricação, localização do mecanismo de acoplamento, capacidade de titulação, grau de personalização, quantidade de abertura vertical e movimento de protrusão da mandíbula em relação à posição de repouso. Agem de modo a mover a mandíbula para frente ampliando, assim, a via aérea faríngea, reduzindo o atrito e impedindo-a de entrar em colapso durante o sono (MARRA, 2017).

Os dispositivos intraorais utilizados como protetores bucais em esportes devem ser confeccionados com materiais que apresentem capacidade de absorver e dissipar energia de impacto advinda de choque entre competidores, piso de quadras e campo, além de equipamentos de uso rotineiro nas diferentes modalidades esportivas. Sua função é de proteger os tecidos moles, como lábios e língua de lacerações; tecidos duros, como dentes, de fraturas, avulsões e luxações; além dos ossos maxilomandibulares de fraturas, protegendo ainda a articulação temporomandibular (SOUSA, 2020).

Considerando que o sucesso da terapia com DIO está diretamente relacionado ao rigor empregado em sua confecção, instalação e acompanhamento em todas as fases (CONTI, 2020), neste capítulo são abordados aspectos clínicos e laboratoriais na confecção de diferentes tipos de dispositivos interoclusais. O Cirurgião Dentista (CD) deve planejar e instalar o dispositivo adequado às necessidades do paciente. O Técnico em Prótese Dentária (TPD), por sua vez, é o profissional responsável pela parte laboratorial na confecção destes aparelhos. A perfeita comunicação entre CD e TPD assume

um papel primordial no planejamento e no tratamento dos casos clínicos. Ambos devem trabalhar em conjunto e harmoniosamente para o sucesso do tratamento, fazendo com que a parte clínica e laboratorial sejam complementares. Com esta pesquisa, pretende-se dar subsídios que orientem profissionais da área clínica e laboratorial na indicação e confecção dos dispositivos intraorais.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura aliada à descrição de técnicas de confecção de DIO, indicados para DTM, em SAOS e como protetores bucais.

A busca pelo referencial teórico ocorreu nas bases de dados: SciELO, LILACS e PubMed, bem como em livros científicos recentes da área relativa ao tema. Foram utilizados os descritores: "dispositivos interoclusais", "desordem temporomandibular", "síndrome da apneia do sono" e "protetor bucal". Desta busca, foram recuperados 1071 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, publicados entre 2011 e 2021, que abordam as temáticas propostas para esta pesquisa e disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Os trabalhos selecionados foram divididos em categorias temáticas abordando: DIO utilizados em DTM; DIO para uso em SAOS e, por fim, o uso de DIO como protetores bucais. A relação completa dos estudos compõe as referências bibliográficas deste capítulo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visão Geral dos DIOs para uso em DTM

Os dispositivos oclusais são aparelhos intraorais removíveis, não invasivos e reversíveis indicados tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento dos sintomas das DTM. São normalmente fabricados em resina acrílica e recobrem as superfícies oclusais dos dentes superiores ou inferiores. Podem ser confeccionados tanto pelo método convencional, por meio da acrilização em muflas, como também pelos sistemas CAD/CAM (*Computer Aided Design/ Computer Aided Manufacturing*), seja por meio digital aditivo (impressoras 3D) ou redutivo (fresada). Com o uso do fluxo digital para a confecção dos dispositivos interoclusais há menor gasto de tempo de confecção clínica e um tempo similar na confecção laboratorial comparado ao método convencional (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Para Salmi *et al.* (2013), em estudo clínico que se baseou na fabricação de dispositivos funcionais usando tecnologia digital sem as fases de trabalho manual em laboratório de prótese dentária, além da redução dos custos e tempo de trabalho, o método pode melhorar a precisão do trabalho final, já que o ajuste do dispositivo foi considerado tão bom quanto nos melhores dispositivos convencionais.

Estes aparelhos apresentam as vantagens de ter uma técnica de confecção relativamente simples, são de baixo custo e apresentam um alto índice de sucesso na remissão de vários sintomas relacionados à DTM. Além disso, a associação do uso dos dispositivos interoclusais ao aconselhamento profissional de novos hábitos tem se mostrado, além de eficiente na melhora da sintomatologia, uma modalidade terapêutica conservadora, sugerindo ainda maior estabilidade na redução da dor (MARTINS *et al.*, 2016).

Segundo Conti (2020), embora sejam uma terapia conservadora, não significa que os DIO devam ser usados de forma indiscriminada. Seu funcionamento está pouco elucidado na literatura, com pouca evidência científica sobre seu mecanismo de ação. Especula-se se sua função está relacionada a uma desvantagem mecânica para forças para funcionais, já que esses dispositivos estabelecem uma relação harmoniosa entre os constituintes do sistema mastigatório. Assim, acredita-se que os mecanismos de ação desses dispositivos incluem reposicionamento da ATM, alteração da DVO, desengrenamento oclusal, consciência cognitiva e efeito placebo. Parece haver uma proteção dos dentes e estruturas de suporte de forças anormais produzidas por hábitos parafuncionais, como bruxismo e apertamento dentário que podem levar à perda óssea e desgaste dos dentes. Tanto hábitos parafuncionais diurnos como noturnos respondem positivamente ao uso dos aparelhos. A teoria da consciência cognitiva tem sido sugerida como explicação da redução do apertamento ou bruxismo diurnos, isto é, o fato de ter um dispositivo na boca cria a consciência do hábito no paciente e serve como uma lembrança para alteração do comportamento nocivo.

Haggiag e Speciali (2020), em um estudo realizado por meio de acompanhamento clínico com pacientes bruxistas em vigília e com enxaqueca crônica, mostraram que o uso de um dispositivo oclusal posterior para o manejo e controle do bruxismo em vigília contribuiu significativamente para a melhora do quadro da maioria dos pacientes, que é mantida mesmo com a retirada do dispositivo. Consequentemente, houve diminuição nos sintomas dolorosos, incluindo os da enxaqueca.

Pacientes com apertamento e bruxismo noturnos têm mostrado também redução na atividade muscular com uso de DIO, embora o mecanismo para esta redução ainda não esteja totalmente compreendido (STEURER *et al.*, 2018). Diante disso, sendo evidenciada a contribuição para a proteção dos dentes naturais, muitos estudos positivos apoiam a eficiência do tratamento com aparelhos oclusais para o bruxismo do sono (LOBBEZOO *et al.*, 2018). No entanto, as evidências ainda são consideradas insuficientes para apoiar o seu papel a longo prazo, enfatizando-se a necessidade de mais estudos neste segmento (RIVAS, 2020).

Vários tipos de aparelhos têm sido sugeridos para o tratamento de DTM, entretanto os dois tipos principais são os de ação estabilizadora ou reposicionadora (CONTI, 2020). Quanto ao tipo de material de confecção, os DIO podem ser a) rígido (acrílico de polimetilmetacrilato – PMMA); ou b) resiliente (material flexível termoplástico). A literatura científica demonstra que o DIO rígido se mostra mais eficaz na redução da atividade eletromiográfica dos músculos da mastigação, em comparação ao dispositivo resiliente. Ainda, o fato de o acrílico ser mais macio que o esmalte dentário reduz a distribuição de tensões sobre as estruturas dentais (COSTA *et al.*, 2017).

Assim, embora possam diferir no desenho e no propósito, a maioria destes dispositivos são confeccionados em resina acrílica rígida e têm alguns objetivos em comum: (1) estabilizar as relações oclusais e articulares; (2) diminuir a sobrecarga articular; (3) eliminar interferências oclusais; (4) reduzir a atividade nos músculos da mastigação; (5) diminuir a atividade parafuncional; (6) proteger os dentes contra desgastes excessivos e (7) efeito placebo, já os aparelhos resilientes são indicadas principalmente como proteção contra traumatismos nos dentes (CONTI, 2020).

O dispositivo oclusal estabilizador tem sido muito utilizado por oferecer menor risco de

alterações oclusais irreversíveis ao paciente, como mordida aberta anterior, extrusões dentárias e migrações patológicas. Pode ser usado tanto na arcada inferior como na superior (mais comum), recobrindo a arcada dentária por inteiro e ocluindo com todos os dentes antagonistas. A superfície oclusal do aparelho é plana, com leves edentações para as pontas de cúspides opostas. É mais utilizada na maxila pelo aumento de estabilidade e retenção. Por ser mais difícil estabelecer contato com todos os dentes antagonistas, os inferiores só são indicados quando há envolvimento estético, fonação ou ausência dental (AL-MORAISSI *et al.*, 2020).

Os dispositivos reposicionadores anteriores apresentam superfície com uma fossa bem definida na superfície oclusal para guiar a mandíbula para uma posição mais protrusiva e melhorar a relação disco/côndilo. Também podem ser confeccionados em ambas as arcadas (FERNANDES *et al.*, 2013).

Mais recentemente, estudos têm demonstrado o sucesso no uso de aparelhos intraorais para o tratamento do ronco e apneia do sono. Este tipo de dispositivo recobre ambas as arcadas e projeta a mandíbula para frente permitindo, assim, a desobstrução das vias aéreas.

O uso desses aparelhos interoclusais é considerado um tipo de tratamento eficaz e conservador para sinais e sintomas da DTM e o CD deve analisar minuciosamente as desordens para garantir um correto diagnóstico, pois tais aparelhos não promovem a cura do paciente, apenas protegem de efeitos destrutivos às estruturas do sistema mastigatório (FREITAS, 2018). Associar outros métodos como fisioterapia e farmacologia podem ser essenciais para alcançar um melhor tratamento (ZOPPI & QUAREZEMIN, 2019). Outro estudo mostra que houve melhorias significativas na atividade eletromiográfica dos músculos masseter e temporal anterior ao se associar o uso desses aparelhos a massagens terapêuticas, resultando na redução de sinais e sintomas da DTM e do bruxismo do sono (GOMES *et al.*, 2014).

Dispositivo Interoclusal Estabilizador

É o tipo mais utilizado e tem como objetivo estabilizar a relação maxilomandibular. Recobre totalmente uma das arcadas dentárias e oclui contra todos os dentes antagonistas na posição habitual de fechamento, possuindo a superfície de contato totalmente plana, confeccionada em resina acrílica (autopolimerizável ou termopolimerizável), sendo um aparelho rígido (ZOPPI & QUAREZEMIN, 2019).

Os contatos oclusais com os dentes antagonistas devem ser uniformes por toda a arcada. A guia incisal deve desocluir os dentes posteriores enquanto a guia em canino deve desocluir os dentes do lado de balanceio e os dentes anteriores. Essas guias são obtidas pela confecção de planos inclinados nas regiões de incisivos e caninos. A espessura desse tipo de aparelho é de aproximadamente 1,5 a 2,0 mm na região de molares, podendo ser confeccionado tanto para maxila quanto para a mandíbula, e não deve ultrapassar uma espessura de 3 mm. Desta forma, a mandíbula estaria em repouso dentro do espaço funcional livre (EFL) do paciente o que contribui para evitar efeitos adversos (AKBULUT *et al.*, 2018).

É usado preferencialmente na maxila, devido à maior retenção e estabilidade, além da facilidade de confecção. Outra vantagem do dispositivo ser para o arco superior é ser ajustada a fim de que todos os incisivos inferiores possam facilmente contatá-lo, mesmo quando um trespasse horizontal acentuado esteja presente. Quando utilizado na mandíbula,

tem padrão oclusal mais complexo, especialmente quando há trespasse horizontal maior que 2 mm. Nesses casos, a porção vestibular anterior deve ser estendida até alcançar o contato com os incisivos superiores (SILVEIRA JÚNIOR *et al.*, 2012).

Dispositivo Interoclusal Reposicionador

O uso de terapia reposicionadora é basicamente indicado para casos de deslocamento de disco com redução, acompanhado de dor articular, mas também para casos de apneia obstrutiva do sono. Não é indicado para desordens musculares. Confeccionado em resina acrílica (autopolimerizável ou termopolimerizável) este aparelho promove alívio da dor, impedindo o côndilo de pressionar a região retrodiscal, que é altamente vascularizada e inervada. Os ruídos articulares podem ser atenuados, ou mesmo eliminados, com essa modalidade de terapia. Em contraste com o dispositivo estabilizador, que possui uma superfície quase plana, o aparelho reposicionador possui edentações bem definidas, que servem para guiar a mandíbula a uma posição mais protruída com o objetivo de melhorar o relacionamento côndilo/disco. Essa posição terapêutica representa uma anteriorização mínima da posição de máxima intercuspidação, que manterá o disco posicionado entre o côndilo e a eminência, promovendo a eliminação do estalido. É sugerido que o paciente utilize o aparelho somente para dormir, período em que pode realizar bruxismo ou apertamento. Esta terapia é indicada para períodos curtos, de até 3 meses. Após este período, caso os sintomas sejam significantemente reduzidos, deve ser convertido em aparelho estabilizador (GREENE & MENCHEL, 2018).

Assim como os dispositivos estabilizadores, os reposicionadores podem ser confeccionados para ambas as arcadas, porém, os maxilares possuem maior retenção e estabilidade, além de serem de confecção mais fácil (CONTI, 2020).

Dispositivo Interoclusal Resiliente

São aparelhos macios que podem ser usados na arcada superior ou inferior e vêm sendo utilizados há algum tempo, principalmente no tratamento de mialgias, desarranjos intra-articulares para tratamentos iniciais e em situações emergenciais de dor da DTM. Esses aparelhos não conseguem diminuir o hábito parafuncional de ranger os dentes, o que torna o aparelho sem indicação para o bruxismo. A razão de sua utilização está baseada na fácil obtenção de contatos na região dos dentes posteriores, sem a necessidade de ajustes. Apesar de alguns estudos utilizando esse tipo de aparelho demonstrarem sua efetividade na redução dos sintomas, a literatura, em sua maioria, indica que os rígidos são mais efetivos.

Assim, a indicação deste tipo de aparelho recai principalmente como protetor bucal em esportes de impacto. Outro uso comum é como moldeira para clareamento dental caseiro. Para a obtenção destes são utilizados discos em silicone, na técnica de moldagem à vácuo. Como protetor bucal, são indicados discos de 3 mm de espessura. Para a confecção de moldeiras para clareamento indica-se o uso do disco de 1 mm de espessura.

Dispositivo Interoclusal Anterior Desprogramador – "*Front Plateau*"

É o tipo de aparelho mais simples e, quando confeccionado corretamente, possui quase 100% de efetividade no conforto dos pacientes, em questão de minutos ou horas. Geralmente confeccionado em resina acrílica incolor autopolimerizável, recobre a incisal dos dentes anteriores da arcada superior, contatando com a incisal dos anteriores inferiores, de forma a desocluir os dentes posteriores. São tão efetivos

que podem ser considerados indispensáveis no diagnóstico diferencial de muitas desordens frequentemente ignoradas ou mal diagnosticadas. Entretanto, é preciso reconhecer que tais dispositivos são mais diagnósticos que de tratamento. Usar estes dispositivos como tratamento durante um período prolongado pode causar a intrusão dos dentes com o aparelho e a supraerupção dos dentes desocluídos. O mesmo ocorre com qualquer dispositivo oclusal segmentado.

Dispositivo Interoclusal para Tratamento do Ronco e Apneia

O Ronco e a SAOS, além de transtornos sociais e psicológicos, trazem consequências físicas para o paciente, como hipertensão, arritmias cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC), falta de concentração, diabetes e diminuição da libido. O uso de aparelhos intraorais que produzem avanço gradual da mandíbula, permitindo a desobstrução das vias aéreas, tem mostrado grande eficácia no tratamento destas condições. Estes aparelhos podem ser confeccionados em resina acrílica ou plastificadas à vácuo com espessura adequada, de modo que ambas as arcadas tenham as incisais e oclusais recobertas, funcionando através de pistas e arcos de condução (feitos com tubos e fios de aço) que permitem o deslizamento da mandíbula (SILVA *et al*., 2013).

As características desejáveis para esse tipo de dispositivo incluem: possibilidade de avançar gradualmente a mandíbula (titulação); permitir movimentos laterais da mandíbula; possibilitar a estabilização da mandíbula e não permitir que o paciente abra a boca além de um pequeno limite, a fim de evitar a posteriorização reflexa da língua (MARRA, 2017).

Protetores Bucais

Os protetores bucais agem como absorvedores de choque e dissipadores de energia durante a prática esportiva, apresentando funções de proteção aos tecidos moles, às estruturas ósseas e aos elementos dentários, contribuindo para redistribuir as forças e prevenir traumatismos, proporcionando estabilidade maxilar e protegendo as estruturas orofaciais. Podem ser confeccionados com os seguintes materiais: copolímero de etileno e acetato de vinila (EVA), borracha natural, cloreto de polivinil (PVC), acrílicos flexíveis e poliuretano.

Existem quatro tipos de protetores bucais: Tipo I – protetores com tamanhos padronizados; Tipo II – protetores termoplastificados, moldados pelo calor; Tipo III e IV – protetores personalizados confeccionados por meio do molde do arco maxilar e mandibular diferenciados no material utilizado, no qual o Tipo III é fabricado com uma única camada de EVA e o Tipo IV com várias camadas, por isso também chamado de multiplanado. Os tipos III e IV são os realmente indicados para uso, pois os tipos I e II são aqueles comprados em lojas de artigos esportivos e que podem ser prejudiciais na fala e respiração, afetando de modo negativo o desempenho do atleta. É fundamental que o cirurgião dentista saiba o tipo de esporte para saber qual tipo de protetor indicar (FONSECA & LABUTO, 2019).

Atualmente, na fabricação de protetores bucais, estudos mostram que o uso da impressão 3D associado a diferentes materiais poliméricos pode contribuir para a redução da espessura do aparelho e obter resultados favoráveis na capacidade de absorver impactos e aumentar a resistência do aparelho protetor (SOUSA, 2020).

Com exceção de traumatismos do tipo concussão, estudos apontam que atletas que

fazem uso do protetor bucal têm menos da metade do risco de lesões orofaciais em comparação a atletas que não utilizam o dispositivo. Portanto, é preconizado o uso de protetores bucais em todos os esportes que possuem risco significativo de lesão orofacial (KNAPIK *et al.*, 2019).

Segundo um estudo realizado por Stein *et al.* (2021) com professores e atletas, embora a prevalência de acidentes seja relativamente alta na prática de esportes de contato, ainda há baixa adesão e grande desconhecimento de ambos sobre uso, orientações e indicação de profissionais para confecção de protetores bucais personalizados. Destaca-se a necessidade de novas políticas de educação em saúde sobre protetores bucais.

CONCLUSÃO

Os aparelhos intraorais são alternativas eficientes para auxiliar no tratamento da DTM, no tratamento da SAOS leve a moderada e, ainda, como protetor bucal em esportes de impacto, desde que suas indicações, desenho e acompanhamento sejam bem avaliados. As vantagens dos aparelhos intraorais são as relativas simplicidade e reversibilidade do tratamento, visto que se trata de uma técnica não invasiva, com boa aceitação pelos pacientes e razão custo-benefício.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKBULUT, N. *et al.* Evaluation of the 3 mm Thickness Splint Therapy on Temporomandibular Joint Disorders (TMDs). Pain Research and Management, v. 1, p. 1, 2018.

AL-MORAISSI, E.A. *et al.* Effectiveness of occlusal splint therapy in the management of temporomandibular disorders: network meta-analysis of randomized controlled trials. International Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery, v. 49, p. 1042, 2020.

CONTI, P. DTM – Disfunções Temporomandibulares e Dores Orofaciais. São Paulo: Dental Press, 2020.

COSTA, A.M. *et al.* Disfunção Temporomandibular e Dores Orofaciais: dos Princípios Básicos à Prática Clínica. Brasília: Faculdade Unyleya, 2017.

FERNANDES, N.J. *et al.* Oclusão. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

FONSECA, C.R. & LABUTO, T.M. Protetores bucais na prevenção de traumas na prática esportiva. Cadernos de Odontologia do Unifeso, v. 1, p. 70, 2019.

FREITAS, C.P. O tratamento fisioterapêutico em pacientes com placa oclusal miorrelaxante na terapia da disfunção temporomandibular: estudo clínico randomizado [dissertação]. São José dos Campos: Universidade Estadual Paulista (Unesp), 2018.

GOMES, C.A. *et al.* Effects of massage therapy and occlusal splint therapy on electromyographic activity and the intensity of signs and symptoms in individuals with temporomandibular disorder and sleep bruxism: a randomized clinical trial. Chiropractic & Manual Therapie, v. 22, p. 1, 2014.

GREENE, C.S. & MENCHEL, H.F. The use of oral appliances in the management of temporomandibular disorders. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America, v. 30, p. 265, 2018.

HAGGIAG, A. & SPECIALI, J.G. A new biofeedback approach for the control of awake bruxism and chronic migraine headache: utilization of an awake posterior interocclusal device. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 78, p. 397, 2020.

KNAPIK, J.J. *et al.* Effectiveness of mouthguards for the prevention of orofacial injuries and concussions in sports: systematic review and meta-analysis. Sports Medicine, v. 49, p. 1217, 2019.

LOBBEZOO, F. *et al.* International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. Journal of Oral Rehabilitation, v. 45, p. 837, 2018.

MANFREDINI, D. *et al.* Towards a Standardized Tool for the Assessment of Bruxism (STAB): Overview and general remarks of a multidimensional bruxism evaluation system. Journal of Oral Rehabilitation, v. 47, p. 1, 2020.

MARRA, B.A. Comorbidade de aparelhos intraorais no tratamento do ronco e apneia para o sistema estomatognático: revisão sistemática [trabalho de conclusão de curso]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2017.

MARTINS, A.P.B. *et al.* Counseling and oral splint for conservative treatment of temporomandibular dysfunction: preliminary study. Revista de Odontologia da UNESP, v. 45, p. 207, 2016.

MENCHEL, H.F. *et al.* Intraoral appliances for temporomandibular disorders: what we know and what we need to know. Frontiers of Oral and Maxillofacial Medicine, v. 3, p. 20, 2021.

OLIVEIRA, S.I. *et al.* Effect of occlusal splint and therapeutic exercises on postural balance of patients with signs and symptoms of temporomandibular disorder. Clinical And Experimental Dental Research, v. 5, p. 109, 2019.

RIVAS, P.S. O uso dos dispositivos oclusais no bruxismo do sono [dissertação]. Gandra: Instituto Universitário de Ciências da Saúde, 2020.

SALMI, M. *et al.* A digital process for additive manufacturing of occlusal splints: a clinical pilot study. Journal of The Royal Society Interface, v. 10, p. 1, 2013.

SILVA, F.R. *et al.* Técnica de confecção de aparelho intraoral para ronco e apneia. Prosthesis Laboratory in Science, v. 2, p. 346, 2013.

SILVEIRA JÚNIOR, C.D. *et al.* Placas oclusais miorrelaxantes – técnica alternativa. Prothesis Laboratory in Science, v. 2, p. 72, 2012.

SOUSA, A.B. Avaliação das propriedades de polímeros, após Impressão 3D, para aplicação em protetores bucais. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Materiais) - Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade De Coimbra; Coimbra, 2020.

STEIN, C. *et al.* Prevalência e conhecimento do uso de protetores bucais personalizados em praticantes de esportes. Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF, v. 25, p. 206, 2021.

STEURER, R. *et al.* Uso de placas oclusais como tratamento de alterações no sistema estomatognático. Salusvita, Bauru, v. 37, p. 715, 2018.

ZOPPI, A.S. & QUAREZEMIN, B.S. Utilização das Placas Oclusais em Paciente com Disfunção Temporomandibular: uma revisão de literatura [trabalho de conclusão de curso]. Porto Velho: Centro Universitário São Lucas, 2019.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 16

SLOW MEDICINE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

AUTORAS

BIANCA SUELLEN FERREIRA[1]
ANA CAROLINA MONÇÃO BASSO[1]
GABRIELA EL-SHAER SOARES[1]
EMANOELLY CASSIA GUERCIA DE OLIVEIRA[1]
ANA CLARA CANTARELLI MIQUELINO[1]
AMANDA BENTO DA SILVA AMARAL[1]
AMANDA SIMÕES SANTOS[1]
ANA LUÍSA AIRES COIMBRA[1]
SILVIA MARA TASSO[2]

FILIAÇÃO

1. Discente – Curso de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí.
2. Docente – Curso de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí.

Palavras-chave: Slow medicine; Saúde; Atenção primária.

INTRODUÇÃO

A ideia da *Slow Medicine* apresenta uma nova maneira de olhar para os problemas que aparecem no "atendimento rápido à saúde". Dessa forma, desacelerar pode ser benéfico numa cultura em que existe uma tendência de aceleração do desenvolvimento de opções novas e caras, além de contribuir para o fortalecimento do relacionamento entre os usuários do sistema do sistema de saúde e seus prestadores de serviço (BONALDI & VERNERO, 2015).

Assim, é possível demonstrar a importância de se aplicar cada vez mais os fundamentos da *Slow Medicine* dentro da atenção primária, já que essa é a base mais importante no sistema de saúde brasileiro.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura realizada no período de 1 a 28 de setembro de 2021, por meio de buscas no Google Acadêmico (Scholar Google) e no site brasileiro *Slow Medicine*. Foram utilizados os descritores: "*Slow Medicine*", "saúde" e "atenção". Neste levantamento foram recuperados 113 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês e italiano; publicados entre 2015 e 2021, que abordavam as temáticas propostas para a pesquisa, estudos do tipo revisão e disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após a aplicação dos critérios de seleção restaram seis artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a análise de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: origem, benefícios, desafios e aplicação na atenção primária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Origem

Em 2002, um cardiologista da Itália, local do movimento *Slow Food*, publicou um artigo em uma revista de cardiologia defendendo a ideia de *Slow Medicine*, isto é, medicina lenta, como uma forma de pensar sobre como adiar adequadamente o uso de dispositivos cardíacos.

Em contrapartida, nos Estados Unidos, o uso crescente de dispositivos para acelerar a medicina é uma prática comum. Essa "medicina rápida" em cardiologia, por exemplo, é altamente lucrativa para fabricantes de dispositivos, hospitais e médicos especialistas.

A ideia de "medicina rápida" está intrínseca na cultura de saúde norte-americana, até mesmo na medicina alternativa. Sabe-se que a cultura norte-americana, em geral, é construída sempre com o intuito de "progredir". A ideia de "desacelerar" a medicina parece, à primeira vista, ser contra tudo o que é bem visto no Ocidente, ou seja, contra o progresso, contra o cuidado eficiente e até mesmo contra a vida. No entanto, existem situações em que as respostas automáticas da intervenção médica atual não são as melhores (BONALDI & VERNERO, 2015).

Na Itália, o crescimento da indústria de *Fast Food* fez com que um McDonald's aparecesse em Roma perto da Escadaria Espanhola, acendendo a indignação italiana e o nascimento do movimento *Slow Food* na década de 1980. Vê-se, nos últimos 20 anos, que esse movimento se tornou popular em países desenvolvidos, a fim de encorajar o cultivo, preparação e compartilhamento lento, local e cuidadoso de comida saudável. O *Slow Food* se tornou um antídoto para as depredações do *Fast Food* quanto à nutrição e ao meio ambiente.

A perspectiva da *Slow Medicine* oferece uma nova maneira de olhar para os problemas que estão se acumulando no "atendimento rápido à saúde" trazendo a ideia de que desacelerar esse serviço pode ser positivo.

A *Slow Medicine* pode melhorar o atendimento ao reconhecer o valor de dedicar um tempo para ouvir os pacientes e trabalhar para criar uma estrutura na qual isso possa ser executado adequadamente. A dinâmica familiar e comunitária pode ser aprimorada trazendo pessoas conectadas para compartilhar esse cuidado pessoalmente. Além disso, os custos de atendimento podem ser reduzidos quando o serviço de saúde não se precipita em algo imprudente ou incerto. Por serem ouvidos, relacionados e cuidados, os pacientes tendem a ficar mais satisfeitos com essa abordagem (BONALDI & VERNERO, 2015).

Benefícios

A *Slow Medicine* busca valorizar, em âmbito central, a tão paradoxalmente preconizada e desgastada relação médico-paciente; busca o aperfeiçoamento do conjunto clínico formado pela anamnese e pelo exame físico, posto que enaltece a importância de dedicar um tempo adequado para a realização da consulta (WACHHOLZ & VELHO, 2021).

Diante do exposto, compreende-se que, ao colher uma história de forma completa e detalhada e examinar o paciente integralmente, o médico aumenta significativamente as suas chances de realizar um diagnóstico preciso e seguro, além de dispensar grande parte de exames complementares desnecessários, diminuindo inclusive os custos para o paciente e a sobrecarga do sistema público de saúde (WACHHOLZ & VELHO, 2021).

Ao priorizar a qualidade em detrimento da quantidade do atendimento, o profissional *slow* direciona um olhar sistêmico sobre o seu paciente e abandona a visão linear, voltada para a relação de causa e efeito. Este profissional adota uma rigorosa postura ética, na qual o indivíduo que procura a sua ajuda passa a ser o centro das intervenções, cujo objetivo é aumentar a qualidade do bem-estar físico e mental e a autonomia na tomada de decisões (WACHHOLZ & VELHO, 2021).

Ademais, combate a saturação de recursos médicos, tanto diagnósticos como terapêuticos, uma vez que não propõe aos pacientes tratamentos excessivamente onerosos, hipotéticos ou duvidosos ao avaliar tanto a eficácia quanto os possíveis riscos do tratamento proposto individualmente ao paciente (WACHHOLZ & VELHO, 2021).

Desafios

A *Slow Medicine* é uma prática que tem por objetivo a desaceleração da medicina de forma que esta se torne mais humanizada. Contudo, a adesão a essa filosofia ainda é escassa uma vez que sua compreensão ainda não é devidamente difundida na área da saúde. No dia a dia, as dificuldades que entremeiam sua execução são: tempo, custo e conduta profissional (BONALDI & VERNERO, 2015).

Para aqueles em que a *Slow Medicine* é desconhecida o tempo pode ser um paradigma. Ao se desprender mais tempo em uma consulta, menos pacientes seriam atendidos por dia, isto é, não há tempo para atender a mesma demanda diária o que, consequentemente, seria menos lucrativo. Entretanto, essa crença destoa da realidade, haja visto que a *Slow Medicine*, quando traz à tona a questão tempo, não preconiza que as consultas sejam muito mais longas que o normal mas que o tempo despendido no atendimento seja usado para examinar o paciente em sua integridade, como o personagem principal da consulta. Ademais, essa atenção mais profunda possibilita o

estreitamento da relação médico-paciente, fazendo com que o paciente crie laços de confiança e sinta vontade de retornar para demais consultas (KIRKCALDY & ATHANASOU, 2018).

Além do mais, há a visão mecanicista de que tempo é dinheiro e quanto maior o fluxo e a demanda maior é o lucro obtido. Todavia, na *Slow Medicine*, isso não é observado. Diante de uma consulta melhor analisada, maior será a probabilidade de acerto do diagnóstico, diminuindo o custo com exames, medicamentos e internações desnecessárias. Ainda em consonância com o pensamento mecanicista, observa-se uma conduta médica despreparada para a implantação da *Slow Medicine* dado que suas perspectivas, até este momento, estão deturpadas sobre a mesma, configurando uma barreira para a difusão desta prática médica (KIRKCALDY & ATHANASOU, 2018).

Quando os profissionais da saúde entenderem que "quanto mais rápido" não é sinônimo de bom atendimento e que o tempo também não se resume apenas ao seu entendimento linear, o exercício da *Slow Medicine* começará a fazer sentido, visto que uma análise integral do paciente aumenta as chances de uma hipótese diagnóstica mais rápida e correta. Assim, são diminuídas as chances de solicitar procedimentos desnecessário, resultando em uma diminuição de gastos e no desenvolvimento de um bom relacionamento médico-paciente (KIRKCALDY & ATHANASOU, 2018; BONALDI & VERNERO, 2015).

Como a *Slow Medicine* pode ser aplicada na Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como primeiro nível de atenção em saúde e é caracterizada por diversas ações com intuito de desenvolver o cuidado integralizado a partir de práticas que abrangem promoção e proteção da saúde. A APS é reconhecida como principal porta de entrada do SUS e de seus centros de comunicação, apresentando atributos essenciais como longitudenalidade, coordenação, integralidade e acesso, a fim de alcançar uma prática médica adequada e justa (BRASIL, 2019).

A *Slow Medicine*, por sua vez, preconiza uma medicina sóbria, respeitosa e justa, que visa combater intervenções e tratamentos excessivos, com o objetivo de reduzir procedimentos desnecessários. Essa ideia caminha na mesma direção e pode ser desenvolvida dentro da APS, visto que é um movimento capaz de incentivar a adoção de princípios básicos na assistência ao doente, o que muitas vezes resulta na diminuição de riscos, no controle e até mesmo na prevenção de doenças (VELHO, 2021).

Prezando a longitudinalidade, um de seus atributos essenciais, a APS é capaz de aplicar a *Slow Medicine* estimando a fidelidade do paciente ao longo do tempo, sendo que o retorno, o acompanhamento e a avaliação de resultados são fundamentais. Dessa forma, os provedores da atenção primária podem revisar as triagens feitas pela equipe antes que o paciente chegue ao consultório e, por conseguinte, prestar maior cuidado às preocupações dele, pois é o momento que o profissional irá entender suas queixas e assim criar uma boa relação, fator de suma importância. A análise do prontuário antes da consulta é um momento para atualização de informações e demonstra importante cuidado, além de ser significativo para o paciente (FARACO *et al.*, 2019).

Trazer a pessoa para perto das equipes de saúde é a estratégia mais segura e eficaz para dar autoridade ao paciente e ao mesmo tempo expandir a responsabilidade do profissional

sobre seus tratamentos. Isto posto, a inteligência artificial ampliará progressivamente o movimento do paciente autônomo, de modo a afastá-lo do provedor de saúde, o que pode, por consequência, lhe causar malefícios, já que a medicina necessita do contato entre o profissional e seu paciente (FARACO *et al.*, 2019).

É importante apontar que a *Slow Medicine* não é uma especialidade ou uma configuração de "medicina alternativa", mas um movimento que visa promover ações de sistemas públicos organizados para acesso à um auxílio universal e igualitário, regionalizado e hierarquizado baseados na Atenção Primária à Saúde como porta de entrada, podendo acarretar maior equilíbrio nos desafios da saúde, através de políticas públicas e decisões de agentes responsáveis (VELHO, 2021).

CONCLUSÃO

A *Slow Medicine* pode melhorar a relação entre o profissional de saúde e o paciente ao reconhecer o valor de dedicar um tempo para ouvir os pacientes e trabalhar na criação de uma estrutura de acolhimento desde a Atenção Primária. A dinâmica familiar e comunitária pode ser melhorada trazendo pessoas conectadas para compartilhar esse cuidado pessoalmente. Diversas estratégias podem ser usadas dentro da APS a fim de promover e intensificar o movimento *Slow Medicine*, uma vez que se destaca no intuito de praticar uma medicina justa e respeitosa, como prega a dinâmica da *Slow Medicine*. Por conseguinte, percebemos que ao não se preocupar com o tempo de consulta decorrido, mas com a atenção prestada ao paciente, se atinge um atendimento com menos riscos de erros além de melhor possibilidade de chegar a hipótese diagnóstica de forma mais rápida e conclusiva, com uma economia em manobras que seriam desnecessárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BONALDI, A. & VERNERO, S. Slow medicine: Un nuovo paradigma in medicina. Recenti Progressi in Medicina, v. 106, p. 85, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é Atenção Primária? Brasília, 2019. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/. Acesso em: 22 set. 2021.

FARACO, F. *et al*. Alta performance em atenção primária contribuindo para o quádruplo objetivo nos sistemas de saúde. Revista Científica da Faculdade Unimed, v. 1, 2019.

KIRKCALDY, B. & ATHANASOU, J. Job stressors and slow medicine in health care: a scoping review. Psychiatria Danubina, v. 30, p. 390, 2018.

VELHO, J.C.C. Saúde, Política e Slow Medicine. Slow Medicine, 25 ago. 2021. Disponível em: https://www.slowmedicine.com.br/saude-politica-e-slow-medicine/. Acesso em: 22 set. 2021.

WACHHOLZ, P.A & VELHO, J.C.A.C. Slow medicine: a philosophical conception for a humanized geriatric practice. Geriatrics, Gerontology and Aging, v. 15, e0210013, 2021.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 17

O ATENDIMENTO PRIMÁRIO MULTIDISCIPLINAR NA BUSCA PELA EFETIVAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

AUTORES

BRUNO BACHMANN DE QUADROS[1]
CARINA LOUISE DRESCHER[1]
IRENE SOUZA[1]
MELISSA FERRAZ QUINTANA[1]
PALOMA CAROLINE HELFER[1]
RAFAELA MANETTI GEISLER[1]

FILIAÇÃO

1. Discente - Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Palavras-chave: Atenção primária; Equipe multidisciplinar; Integralidade de assistência.

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Sanitária iniciado na década de 1970 representou transformações fundamentais para a concepção de saúde no Brasil, que se materializaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal, em 1988, e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, de 1990. Dentro desse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) se estabeleceu como a porta de entrada do SUS, abrangendo a promoção da saúde e a prevenção de riscos, visando organizar o fluxo dos serviços na rede de saúde, e regida pelos princípios do SUS (CaSAPS) de universalidade, equidade e integralidade.

O princípio da integralidade representa, no âmbito da atenção e do cuidado, uma abordagem centralizada nas experiências de vida de cada indivíduo, a partir de seus contextos culturais, familiares e pessoais, como ponto de referência para a construção do fenômeno terapêutico. Desse modo, a efetivação do princípio da integralidade exige a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades a partir da Atenção Primária à Saúde, que só se faz possível com uma equipe capaz de compreender as necessidades de saúde específicas da população local e promover respostas a partir dos desafios de uma atenção integral ao indivíduo.

A partir disso, o objetivo desta revisão foi compreender quais as contribuições da atuação profissional multidisciplinar na atenção primária à saúde para a efetivação do princípio da integralidade.

MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura com o intuito de responder o seguinte questionamento norteador da pesquisa: como o atendimento primário multidisciplinar promove a efetivação do princípio da integralidade? Dessa forma, a pesquisa foi executada no período de 12 a 28 de agosto de 2021, nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PubMed. Foram utilizadas as seguintes combinações de descritores: "*Multidisciplinary team* AND *primary healthcare*" e "*Multiprofissional work* AND *primary health care*". O recorte temporal da busca nas bases de dados foi de 2017 até 2021. Os critérios de inclusão foram: estudos com abordagem específica do tema e publicados em inglês ou português. Em relação aos critérios de exclusão, foram eliminados os artigos repetidos e que não apresentavam o assunto de interesse no título. Foram recuperados 109 artigos. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restaram 16 artigos. Posteriormente, com a leitura e análise dos resumos, foram selecionados e utilizados nove artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O princípio da integralidade de assistência

A Lei nº 8080/90, que regula em todo o território nacional as condições, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil, conceitua a integralidade de assistência como "um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (BRASIL, 1990). No entanto, essa definição não contempla quais as possíveis exigências de cada pessoa, nem como a assistência integral deve se, dar tornando-se limitativa para as práticas de promoção e prevenção em saúde (SILVA *et al.*, 2018).

Atualmente, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) propõe um conceito mais amplo de integralidade:

"[...] Ao longo dos anos, o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado. A integralidade implica, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário" (BRASIL, 2010).

Dessa maneira, percebe-se que a PNPS está alinhada à ideia de integralidade como estratégia de promoção de saúde e prevenção de riscos, reconhecendo a complexidade, a potencialidade e a singularidade dos indivíduos e do coletivo e propondo que os serviços devem estar organizados para realizar uma compreensão ampliada das necessidades da população que atendem e alinhados às particularidades, à autonomia e aos seus contextos sociais, ambientais, econômicos e educacionais (SILVA *et al.*, 2017).

A integralidade pode ainda ser compreendida como a própria visão integral do ser humano, ou seja, como o conjunto de necessidades de uma pessoa associado à organização do serviço e voltada à articulação entre assistência e prática. Sendo assim, a integralidade remete também ao alinhamento entre os diferentes serviços oferecidos pelo SUS, já que as necessidades da população podem se relacionar não somente à questão de atendimento da pessoa com patologia física, mas também ao ambiente em que a pessoa está inserida, à sociedade, à educação, à cultura, à condição socioeconômica e aos aspectos psicológicos dos indivíduos (SILVA *et al.*, 2017).

A equipe multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde

O princípio da integralidade propõe que uma das características da atenção seja a compreensão dos contextos coletivos, familiares e individuais de cada indivíduo, de modo que a função da APS, principalmente através das Estratégias Saúde da Família, é fundamental para garantir à equipe de saúde o contato com esses contextos. Os cuidados primários, segundo a Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários:

"Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde" (OMS, 1978).

Desta forma, a proximidade proporcionada pela APS entre o profissional de saúde e o contexto social do indivíduo é um elemento fundamental para a efetivação do princípio da integralidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o nível de atenção à saúde que pode oferecer maiores condições de abordar o indivíduo de maneira integral, pois o contato dos profissionais com os pacientes é muito frequente, o que permite uma aproximação maior da realidade (SILVA *et al.*, 2018). Porém, além da proximidade, é fundamental que a equipe de saúde seja capaz de traduzir a realidade da região no cuidado. A partir disso, a equipe multidisciplinar aparece como um importante mecanismo para cumprir esse objetivo.

Uma equipe multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde deve ser formada por profissionais de diferentes áreas focada em garantir o melhor atendimento e tratamento para o paciente. Dessa maneira, poderá assegurar a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde dos indivíduos, oferecendo um serviço de maior qualidade, mais seguro e efetivo para o paciente, analisando o contexto no qual o indivíduo está inserido, além de suas relações familiares e culturais (SILVA *et al*., 2017).

Os benefícios da abordagem multidisciplinar vêm justamente da perspectiva de integralidade nos cuidados de saúde. O trabalho em equipe, quando promotor de troca entre as profissões, contribui para uma ampliação do acesso e dos olhares para a produção do cuidado (MENEZES *et al.*, 2018). Na dimensão organizacional para o cuidado e o acesso, são reconhecidos os papéis e as contribuições de diferentes profissionais e o potencial do trabalho em equipe, além da importância de estratégias, mecanismos básicos de organização da demanda e oferta de ações para que os objetivos do cuidado sejam alcançados (MENEZES *et al.*, 2018).

Outro benefício é que as equipes são alinhadas e bem articuladas, com diálogo e compartilhamento do que é necessário saber e trabalhar no paciente, atuando de maneira completa nas necessidades da população que atendem. Como visto, a equipe multidisciplinar é responsável por essa abordagem integral dos indivíduos e de suas famílias, sendo facilitada pela soma de olhares, habilidades e competências de diversos profissionais de saúde e visando assegurar mais qualidade no serviço que é oferecido. Desse modo, a discussão entre os profissionais sobre o paciente, assim como o compartilhamento de conhecimentos e saberes sobre esse indivíduo, permite diminuir lacunas e aumentar o entendimento e a compreensão sobre ele (SILVA *et al.*, 2017).

Dessa forma, o principal benefício da equipe multidisciplinar é a promoção da integralidade do cuidado na Atenção Básica, pois se estabelece a partir do diálogo das diferentes áreas de conhecimento presentes na saúde, tendo como o objetivo comum oferecer saúde de qualidade, efetiva, resolutiva, individualizada e humanizada para cada paciente (SILVA *et al*., 2017).

Equipe multidisciplinar e a ampliação do acesso

A ESF é essencial para a ampliação do acesso às ações e serviços na APS. O trabalho multiprofissional na APS, por meio das equipes de saúde da família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), organiza-se com o intuito de aumento do vínculo, da coordenação e da integralidade do cuidado, da equidade, da responsabilização e da participação popular (MENEZES *et al.*, 2018). As ações da Atenção Básica (AB) são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, o que possibilita aos profissionais da saúde proximidade e vínculo com os usuários e sua história de vida, facilitando o acesso das equipes aos usuários e vice-versa (SANTOS, 2019). Como estratégias para ampliação do acesso e satisfação dos usuários tem-se o acolhimento, a visita domiciliar, o trabalho em equipe, o respeito à autonomia e ao modo de viver dos usuários, a escuta ativa e o vínculo entre equipe multidisciplinar e o paciente.

Segundo Sousa *et al.* (2020), acesso e acolhimento articulam-se na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Nesse sentido, o acolhimento se relaciona com a ampliação do acesso por organizar a agenda e o trabalho das equipes. A visita domiciliar, por sua vez,

possibilita o contato direto com as realidades sociais da região, garantindo o acesso a direitos e a potencialização da relação entre a equipe de saúde e os pacientes, além da ampliação das habilidades existentes (CLOSS & SCHERER, 2017). O trabalho em equipe, enquanto promotor de troca entre as profissões, contribui para uma ampliação do acesso e dos olhares para a produção do cuidado. Para isso, é necessário que as equipes profissionais exercitem práticas colaborativas, por meio do compartilhamento de conhecimentos, experiências e habilidades, qualificando o atendimento ofertado (MENEZES *et al.*, 2018). Além disso, para garantir o acesso, é preciso ampliar a autonomia, através da escuta e do respeito aos saberes e culturas das pessoas envolvidas na promoção do cuidado. A qualificação dessa escuta e a construção de vínculo também contribuem para a garantia de acesso, visto que proporcionam uma melhor relação do paciente com a equipe (MENEZES *et al.*, 2018). Dessa forma, fica evidente que as diversas práticas vinculadas à equipe multidisciplinar contribuem significativamente para a ampliação do acesso.

Equipe multidisciplinar e a ampliação do cuidado

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2019), os agravamentos de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, estão entre as de principais causas de morte no Brasil. Concomitantemente, pode-se observar a mudança no perfil populacional brasileiro, que está em progressivo envelhecimento. Dessa forma, a atuação de uma equipe multidisciplinar na Atenção Primária é imprescindível para o monitoramento e adequada intervenção nesses casos, visto que compreendem as multimorbidades dos indivíduos de maneira global.

A ampliação do cuidado, por sua vez, precisa estar baseada no atendimento integral, no qual que o paciente é visto em toda a sua complexidade. Para tal, é necessária a sistematização do trabalho em equipe, a fim de que seus membros possam compartilhar os seus saberes e estratégias de forma que o objetivo do acolhimento seja alcançado. O cuidado longitudinal, portanto, necessita de um saber polivalente e de uma capacidade de atuar intersetorialmente (MENEZES *et al.*, 2018).

Tambasco *et al.* (2017) destacam, a partir do estudo sobre a satisfação dos profissionais da saúde básica de atuar em equipes multidisciplinares, a importância que o diálogo horizontal entre os membros tem perante a qualidade de atendimento. Dessa maneira, é indispensável que existam capacitações para que a equipe possa construir conhecimento em conjunto para melhorar o atendimento (ALCÂNTARA *et al.*, 2019). Outrossim, a interação sem hierarquias possibilita a implementação de uma abordagem conjunta, que deverá ser discutida e pactuada com o paciente.

Ademais, a atuação multidisciplinar pode estimular uma maior autonomia para o autocuidado do paciente a partir da educação em saúde. Ngangue *et al.* (2020) discute o impacto que uma intervenção multidisciplinar na Atenção Primária apresenta na perspectiva dos pacientes com multimorbidades, seus cuidadores e seus profissionais de saúde. O estudo consistiu no acompanhamento desses pacientes por quatro meses por uma equipe interdisciplinar. Os resultados demonstraram que essa abordagem fortaleceu o vínculo entre os profissionais e os pacientes e que teve um impacto positivo para os cuidadores. Ainda, por meio de entrevistas motivacionais e treinamentos, pôde-se incentivar medidas de prevenção e promoção de saúde, como a prática de exercícios físicos e uma boa alimentação.

Logo, o trabalho multidisciplinar, quando realizado de forma efetiva, promove a escuta empática, o acolhimento, o aconselhamento e o cuidado. Por isso, é essencial seu desenvolvimento prático na Atenção Primária à Saúde, como forma de se buscar a ampliação do cuidado, visando a efetivação do princípio da integralidade.

CONCLUSÃO

A partir da discussão realizada, pôde-se perceber que o atendimento primário multidisciplinar promove a efetivação do princípio da integralidade na medida em que acolhe, escuta e dialoga sobre os diferentes âmbitos que causam sofrimento ao paciente. Nessa perspectiva, a integralidade é relacionada com prevenção e promoção de saúde, levando em consideração muito além dos aspectos físicos e mentais, pois reconhece o indivíduo como ser autônomo e cheio de vieses que o moldam, como os contextos ambientais, psíquicos, econômicos e sociais. A partir deste entendimento a Atenção Primária proporciona maior integralidade, pois aumenta a proximidade entre o serviço de saúde e a população, já que as Unidades Básicas e Estratégias de Saúde da Família estão inseridas naquele cenário. Além disso, à medida que o atendimento primário passa pela equipe multidisciplinar, a integralidade vai sendo construída, uma vez que a equipe consegue perceber, a partir de diferentes áreas de atuação, âmbitos e perspectivas que causam sofrimento ao paciente. Ademais, os profissionais da equipe articulam e compartilham sobre as necessidades individuais, somando conhecimentos e habilidades, diminuindo a hierarquia e, assim, promovendo a efetivação do princípio da integralidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, E.C. *et al*. Educação multiprofissional com foco na DPOC na atenção primária à saúde. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 45, 2019.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1999. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 20 set. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde 3. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 24 set. 2021.

CLOSS, T. & SCHERER, G. Visita domiciliar no trabalho do assistente social: reflexões sobre as técnicas operativas e os desafios ético-políticos na atualidade. Revista Libertas, v. 17, 2017.

MENEZES, E.L.C. *et al*. Influence of multiprofessional work on the production of care and access to primary health care. Revista CEFAC, v. 20, p. 342, 2018.

NGANGUE, P.A. *et al*. Patients, caregivers and health-care professionals' experience with an interdisciplinary intervention for people with multimorbidity in primary care: a qualitative study. Health Expectations, v. 23, p. 318, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 23 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Estimativas globais de saúde: principais causas de morte: 2000-2019. 2019. Disponível em: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death. Acesso em: 24 set. 2021.

SANTOS, A.B. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. APS em Revista, v. 1, p. 170, 2019.

SILVA, M.F.F. *et al.* Integralidade na atenção primária à saúde. Revista REFACS, v. 6, p. 394, 2018.

SILVA, M.V.S. *et al*. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. Interface, v. 21, p. 589, 2017.

SOUSA, K.A. *et al*. Multidisciplinary health care in cases of childhood suicidal ideation: operational and organizational limits. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, 2020.

TAMBASCO, L.P. *et al*. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. Revista Saúde Debate, v. 42, p. 140, 2017.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 18

O IMPACTO DA ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS

AUTORES

FELIPE MAGNO ALVES PEREIRA[1]
MARCELO SHIZUO NISHISAKA[1]
ANA LUÍZA PEREIRA RESENDE[1]
BRUNA SOARES RIOS DIAS[1]
DAVI AUGUSTO CARDOSO DE CARVALHO[1]
DEBORAH LIRA DOS SANTOS ROSA[1]
GABRIELA SOUSA LEANDRO[2]
KLEUBER ARIAS MEIRELES MARTINS[1]
LAÍS LOBATO DE ARAÚJO[1]
LAYNA RIBEIRO POLIDORO[1]
MARIA LUIZA BRANDÃO DE FARIA[1]
VITOR AUGUSTO FERNANDES DO NASCIMENTO[1]

FILIAÇÃO

1. Discente – Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH).
2. Discente – Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF-GV).

Palavras-chave: Equipe multidisciplinar; Oncologia; Benefícios.

INTRODUÇÃO

O exercício da assistência multidisciplinar em saúde é pautado na execução do trabalho coletivo apoiado na interdependência e no diálogo entre diferentes profissionais, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, com o propósito comum de oferecer ao paciente um cuidado integral, o qual considere o seu contexto biopsicossocial para o diagnóstico e tratamento de doenças (PEREIRA, 2011). Assim, há 25 anos, as equipes multidisciplinares são recomendadas como parte fundamental do melhor tratamento de enfermidades, como o câncer. Embora essa multidisciplinaridade não esteja presente em todos os ambientes de suporte à vida, ela contribui para melhorar os resultados do tratamento oncológico (SELBY *et al.*, 2019).

Para que as melhores decisões sejam tomadas em benefício do paciente, os profissionais devem estar envolvidos em um sistema organizado, eficiente e bem embasado cientificamente. Além disso, é necessária uma comunicação efetiva entre os diversos profissionais para que as informações transmitidas à família sejam cuidadosamente preparadas e estejam de acordo com o processo terapêutico discutido pela equipe (HOLDEN *et al.*, 2020).

No contexto oncológico, os pacientes precisam de acompanhamento multidisciplinar, que deve ocorrer não somente no período de descoberta e tratamento da doença, mas também no período de recuperação e posterior acompanhamento. Em alguns casos, como nos tumores da região de cabeça e pescoço, é comum que os pacientes tenham sequelas permanentes, que poderiam ser minimizadas com o devido acompanhamento com uma equipe integrada por profissionais médicos, de enfermagem, nutrição e, nesses casos específicos, a fonoaudiologia (BLACKWOOD & DEB, 2020).

O objetivo deste estudo foi explicitar a importância da multidisciplinaridade da equipe médica no cuidado do paciente oncológico, com base na literatura mais recente sobre cuidados coordenados de atenção à saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, realizada por meio de buscas nas bases de dados PubMed, SciELO e UpToDate em agosto de 2021, abordando o papel da equipe médica multidisciplinar no atendimento, diagnóstico, tratamento e posterior acompanhamento de pacientes oncológicos. Foram utilizados três descritores: “Equipe multidisciplinar”, “Oncologia” e “Benefícios”. Desta forma, foram recuperados 255 artigos que foram posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; publicados no período de 2015 a 2021, que abordavam a temática proposta para esta pesquisa e disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos critérios de inclusão.

Após a aplicação dos critérios de seleção, restaram 36 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a análise dos dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva. Ademais, outros seis artigos foram adicionados pela relevância dentro do contexto de tratamento multidisciplinar em pacientes oncológicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), que é parte do grupo dos mais amplos e complexos sistemas de saúde pública do globo, busca garantir a todos os cidadãos a

assistência à saúde de maneira universal, equânime e integral. Nesse sentido, dispõe-se de políticas públicas importantes que corroboram o acompanhamento e tratamento de pacientes com as mais diversas doenças, inclusive câncer. A abordagem multidisciplinar é um dos processos que devem estar inclusos no cuidado de pacientes com neoplasias malignas, visto que, segundo a pesquisa executada, os enfermos apresentam maior nível de satisfação em função do aumento da percepção de empatia, comunicação e entendimento do plano terapêutico (TANAKA *et al.*, 2020).

O atendimento médico multidisciplinar é um importante pilar na assistência ao paciente oncológico, o qual, a partir de uma integração do cuidado do paciente, possui uma tendência de gerar resultados mais satisfatórios, além de uma melhora na qualidade de vida. Os últimos trabalhos publicados sobre o assunto demonstraram que a discussão entre as equipes foi responsável por alterar uma conduta inicial em mais de 30% dos casos estudados (SELBY *et al.*, 2019). Além disso, houve maior índice de satisfação entre os pacientes, por se sentirem mais acolhidos, bem cuidados e cientes das diversas situações em que foram necessárias tomadas de decisão em equipe durante o tratamento. A presença de uma liderança dentro da equipe é essencial para definir um caminho, mas a melhora da qualidade de vida nesses pacientes ocorre devido à aplicação das diversas expertises envolvidas. Ainda que se compreenda erroneamente o profissional da saúde como limitado à sua área, Araújo e Silva (2012) colocam que o cuidado do ser humano exige a compreensão de vários tipos de comunicações, sendo fundamental a troca de informações entre profissionais de saúde e familiares a fim de identificar o real papel desses profissionais.

Por se tratar de uma enfermidade crônica e potencialmente grave, que pode trazer desequilíbrios à vida do paciente, a assistência de uma equipe multidisciplinar torna-se imprescindível. De acordo com Ximenes *et al.* (2020), o papel do psicólogo configura-se como essencial, pois pode facilitar a compreensão do processo da doença em todas as suas fases por parte do paciente, reduzindo os impactos causados pelo processo de adoecimento. Ademais, segundo Almeida (2021), a necessidade da assistência multidisciplinar, com destaque para a importância do psicólogo, foi evidenciada no contexto da pandemia de COVID-19, em que aspectos e o apoio psicológicos foram cruciais para a otimização dos resultados terapêuticos em pacientes oncológicos.

Nesse viés, o contexto pessoal do paciente também é fundamental em todo seu processo de assistência, tendo em vista que as características sociais, culturais, e econômicas possuem grande influência no bem-estar do indivíduo

O grau de vulnerabilidade ponto fundamental para a condução do tratamento, de maneira que contemple e integre o paciente, a fim de humanizar a vivência do processo de adoecimento.

Como observado por Colpas (2007), o câncer envolve não apenas o paciente, mas todo o seu núcleo familiar, em uma situação de extrema ansiedade e angústia, a qual corrobora a necessidade de interação com a família por parte da equipe multidisciplinar. Dessa forma, a eficácia de uma abordagem terapêutica depende, além da compreensão do indivíduo, das suas interações familiares, sendo, portanto, primordial o desenvolvimento de atividades que visam humanizar os cuidados destes pacientes, incluindo ao menos um membro da família com participação ativa durante o tratamento. Conforme Tanaka *et al.* (2020), observou-se

maior contentamento com a assistência multidisciplinar em pacientes do sexo feminino, idosos e atendidos pelo SUS. Isto pode estar associado ao fato de que mulheres com câncer vivem em um contexto mais propício para o sofrimento e com problemas psicossociais. Em relação aos idosos, esse aumento pode estar vinculado à sensação de maior interesse e cuidado pelos profissionais da saúde.

É válido ressaltar que, de acordo com Martins e Modena (2016), parte dos profissionais médicos que exercem atividades em equipes multiprofissionais em oncologia constatam que pacientes do sexo masculino são um público mais relutante e de complexa atuação. Isso está intrinsecamente relacionado às questões socioculturais e biológicas vivenciadas pelo paciente como ser individual, como a forma com que lida com conteúdos sobre gênero e com o adoecimento pelo câncer, por exemplo, o câncer de próstata, que utiliza como um dos mecanismos de detecção precoce o toque retal. Além disso, existem obstáculos coletivos, haja vista que culturalmente o homem é associado à força e à invulnerabilidade, o que contribui para menor criação e prática de ações assistenciais, as quais são voltadas no ideário social, sobretudo, às populações consideradas vulneráveis, como mulheres, crianças e idosos.

Como afirmam Ximenes *et al.* (2020), estudos já comprovaram que é evidente que as neoplasias apresentam fatores de risco decorrentes do estilo de vida do indivíduo, dentre eles tabagismo, etilismo, dieta e obesidade. Com isso, é de suma importância que a assistência consiga englobar tanto os aspectos terapêuticos como os psicossociais, para um melhor entendimento do paciente sobre a importância dos hábitos de vida na obtenção de um melhor resultado do tratamento. Relatos na literatura salientam a importância de uma rede multidisciplinar para otimizar a implementação e o planejamento da terapêutica nos pacientes oncológicos, a fim de proporcionar uma melhor adesão às decisões clínicas e aos tratamentos.

Entretanto, avaliou-se também o impacto das reuniões da equipe multidisciplinar na avaliação do paciente, onde não se obteve resultados nítidos. Segundo Pillay *et al.* (2016), não houve evidências expressivas de melhoria nos resultados de sobrevida de pacientes discutidos em reuniões da equipe multidisciplinar.

Outro ponto que deve ser levado em consideração são os prejuízos funcionais que os pacientes com câncer de cabeça e pescoço enfrentam e as intervenções necessárias. A recuperação da funcionalidade depende de vários fatores, inclusive da ação interdisciplinar.

A necessidade de terapia de fala e deglutição realizada pelos fonoaudiólogos é necessária para mais da metade dos pacientes portadores dessas neoplasias, inclusive exercícios profiláticos. Esses exercícios podem evitar complicações ocasionadas pela doença, até mesmo complicações pós-cirúrgicas, por manter o tônus muscular necessário para as atividades funcionais, como as da faringe e demais musculaturas.

O papel da enfermagem também é de suma importância, pois permite a assistência necessária para o bem-estar dos pacientes, através da troca de curativos e controle da dor. Segundo Sekiya *et al.* (1998), há indícios de que doentes em fase terminal necessitam de mais morfina do que pacientes internados em hospitais. A visita de enfermeiros para proporcionar cuidado e acolher os anseios do paciente e da família diminui a sobrecarga e a ansiedade do cuidador e torna menos desgastantes os últimos momentos do doente com sua família.

CONCLUSÃO

A multidisciplinaridade na equipe de saúde é capaz de impactar positivamente a avaliação do paciente e as práticas de cuidado. As reuniões entre equipes são capazes de alterar condutas, evitar iatrogenias e, consequentemente, oferecer um melhor cuidado ao paciente, pois reduz o tempo de internação e de tratamentos debilitantes, que são comuns em pacientes com câncer. Ademais, o suporte de outros profissionais corrobora uma melhor reabilitação física e mental, não só para o paciente, como também para os familiares, uma vez que reduz a queda da funcionalidade dos pacientes internados ou com outras comorbidades específicas.

Outro ponto observado é de que o cuidado não deve somente objetivar o bem-estar do paciente, mas de todos os familiares, pois o processo de adoecimento causa repercussões para além do enfermo.

Além disso, percebe-se a necessidade de desmistificar preconceitos particulares e públicos relacionados ao câncer, principalmente em homens. É imprescindível que as singularidades de cada paciente sejam consideradas, sendo necessária a reafirmação de que os pacientes do sexo masculino são sujeitos visíveis e que também necessitam do amparo de políticas de saúde e ações assistenciais, visto que a execução do cuidado multidisciplinar uma das formas mais eficazes nessa mudança de perspectiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, I.O. A humanização do cuidado com o paciente oncológico. Revista Multidisciplinar em Saúde, v. 2, 2021.

ARAÚJO, M.M.T. & SILVA, M.J.P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, p. 623, 2012.

BLACKWOOD, O. & DEB, R. Multidisciplinary team approach in breast cancer care: benefits and challenges. Indian Journal of Pathology and Microbiology, v. 63, p. 105, 2020.

COLPAS, F.M. Qualidade de vida de pacientes oncológicos na freqüência de um grupo de suporte multidisciplinar [tese]. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2007.

HOLDEN, C.A. *et al*. A systematic scoping review of determinants of multidisciplinary cancer team access and decision-making in the management of older patients diagnosed with colorectal cancer. Journal of Geriatric Oncology, v. 11, p. 909, 2020.

MARTINS, A. & MODENA, C.M. Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. Revista Trabalho, Educação e Saúde, v. 14, p. 399, 2016.

PEREIRA, R.C.A. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

PILLAY, B. *et al*. The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: a systematic review of the literature. Cancer Treatment Reviews, v. 42, p. 56, 2016.

SEKIYA Y. *et al*. Terminal care of the cancer patient at home: patient and family spending the last moments together. Gan To Kagaku Ryoho. v. 25, p. 684, 1998.

SELBY, P. *et al*. The value and future developments of multidisciplinary team cancer care. American Society of Clinical Oncology Educational Book, v. 39, p. 332, 2019.

TANAKA, H. *et al.* Multidisciplinary teams: perceptions of professionals and oncological patients. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 66, p. 419, 2020.

XIMENES, V.S. *et al.* Sistematização da Assistência Multidisciplinar ao Paciente em Unidade Oncológica de Manaus: Um Relato de Experiência. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, p. 9762, 2020.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 19

A IMPORTÂNCIA DA MULTIDISCIPLINARIDADE NO BLOCO CIRÚRGICO

AUTORES

ANA LUIZA DE OLIVEIRA MACHADO[1]
DANIELA BORGES LEMOS DAMI[1]
LETÍCIA GUERRA MALVAR PEREIRA[1]
MARIANA RODRIGUES MARINHO DE BASTOS[1]
MAYARA KETELYN DOS SANTOS AZEVEDO[1]
SILVIA GUIMARÃES PAOLINELLI[1]
THIAGO MAGELA GOMES DA SILVA[1]
RUAN CARLOS ALENCAR FARIAS[1]
VITÓRIA ALKIMIM ANTUNES[1]

FILIAÇÃO

1. Discente – Medicina em Faculdade Atenas Sete Lagoas.

Palavras-chave: Equipe multiprofissional; Centro cirúrgico.

INTRODUÇÃO

Os primeiros procedimentos cirúrgicos de que se tem registro datam da Pré-História, quando os povos antigos realizavam trepanação nos crânios dos indivíduos considerados doentes a fim de que fossem retirados os espíritos malignos que teriam se apossado de seus corpos. Desde então, o campo da cirurgia passou por muitas mudanças, incluindo o estudo da anatomia, o controle da hemorragia e a descoberta da anestesia e métodos de antissepsia e assepsia, o que contribuiu para uma abordagem menos experimental e invasiva do corpo humano. No decorrer de todo esse processo de evolução, o desenvolvimento tecnológico adquirido foi fundamental para que se fosse alcançado o patamar de técnicas cirúrgicas empregadas atualmente, o que culminou com a redução da morbimortalidade de inúmeras patologias antes consideradas intratáveis.

Entretanto, apesar desta evolução histórica ter proporcionado técnicas mais modernas e seguras nos cuidados ao indivíduo, ainda há, por vezes, uma ligação estreita entre a prática clínica e cirúrgica com o ultrapassado modelo biomédico de abordagem no processo saúde-doença. Embora facilite a técnica cirúrgica, o desenvolvimento tecnológico colabora para tornar o ambiente cada vez mais mecanizado e centrado no processo causador das patologias e sua terapêutica, deixando em segundo plano outros aspectos inerentes ao processo de cuidar.

Se tratando dos cuidados operatórios, sabe-se que o centro cirúrgico é um local de terapias complexas no qual o paciente se encontra em um nível considerável de vulnerabilidade. Sendo assim, dentro desse contexto, se faz necessária a atuação da equipe multidisciplinar voltada tanto para a humanização do processo de forma integral quanto para a garantia de qualidade e segurança das intervenções às quais o paciente, porventura, possa ser submetido.

Desse modo, o presente estudo objetivou avaliar a multidisciplinaridade no contexto dos centros cirúrgicos com foco no tratamento integral, holístico e humanizado do indivíduo.

MÉTODO

Foi realizada uma análise crítico-reflexiva da literatura revisada através de buscas nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e Google Acadêmico, utilizando os descritores: “equipe multiprofissional” e “centro cirúrgico”. Foram incluídos estudos que abordassem a atuação da equipe multidisciplinar no contexto cirúrgico. Como critério de inclusão, foram selecionados estudos que abordassem especificamente a multidisciplinaridade e foram excluídos aqueles que não se enquadraram na temática da pesquisa, bem como artigos de opinião e projetos de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A importância do tratamento humanizado no bloco cirúrgico

O centro cirúrgico é um local de cuidados intensificados no qual o paciente se encontra em algum nível de vulnerabilidade, o que gera sentimentos de estresse e ansiedade. Considerando essa situação, a humanização deve estar em conformidade com os valores morais a fim de proporcionar uma experiência menos bruta, mais leve. Apesar de ser um conceito subjetivo, que compreende a esfera de comportamentos e ações que combinados visam promover o bem-estar, o exercício da humanização contribui indiscutivelmente para o bem-estar dos pacientes e, consequentemente, para um pós-operatório menos agressivo. É, inclusive, um termo bastante utilizado na área da saúde, principalmente no que se refere ao

tratamento holístico dos pacientes. Este só pode ser integralmente oferecido através de uma equipe multidisciplinar para oferecer olhar integral ao indivíduo, acolhendo-o da melhor forma possível. Esse conceito é muito discutido na atenção primária à saúde, mas deve ser estendido a outros âmbitos, incluindo o ambiente cirúrgico, onde o paciente está tão fragilizado. Nessa perspectiva, o acolhimento somado à visão humana e empática são de grande relevância para que o indivíduo se sinta mais confortável e confiante com a equipe, o que reflete no pós-operatório a curto, médio e longo prazo. A evolução da maioria dos quadros hospitalares – senão todos – é afetada positivamente quando eles recebem um tratamento mais humano, focado na integralidade e adaptado à individualidade do paciente. Existem diversas estratégias para isso, incluindo, por exemplo, atitudes simples como conversas para um bom acolhimento dentro do ambiente cirúrgico.

O processo de humanização é essencial principalmente pelo fato de o centro cirúrgico mostrar-se como um ambiente desconhecido e muitas vezes frio. Por isso, é importante que toda a equipe esteja disponível, preparada e equipada adequadamente para promover o melhor atendimento possível; haja vista os anseios que um novo ambiente, os procedimentos e o risco em que o paciente se expõe ao estar no centro cirúrgico podem gerar ao paciente, como medo e ansiedade.

Uma abordagem integral e humanizada, porém, só pode ser executada com plenitude através da integração de todos os profissionais dentro da equipe cirúrgica e a harmonia da equipe entre si. Muitas vezes, o avanço tecnológico, apesar de facilitar a técnica cirúrgica, contrapõe essa conduta pois colabora para tornar o ambiente mais mecanizado. Sabe-se que o contato humano ainda é imprescindível e insubstituível: é o único capaz de tornar esse momento o menos incômodo possível e mais agradável, ainda que cercado por aparelhos tecnológicos.

Enxergar o paciente como um ser holístico, apresentá-lo a equipe e familiarizá-lo no ambiente são gestos pequenos que alteraram o imaginário do paciente e dão a ele a segurança de que sua integridade e intimidade serão preservadas durante todo o procedimento cirúrgico. Sob outro viés, é notório ressaltar que ética, empatia e habilidades de uma boa comunicação são competências que podem ser desenvolvidas por aqueles profissionais que apresentam certa resistência a esse tipo de abordagem comportamental (BARBOZA *et al.*, 2020).

A influência da sobrecarga profissional e do método de ensino na relação profissional -paciente

Com o avanço da medicina moderna, alguns profissionais têm se formado cada vez mais técnicos. Isto porque a conhecida “metodologia da humilhação” tende a formar profissionais com excelente conhecimento, mas indivíduos com dificuldade de exercer empatia, isto porque não há como ofertar aquilo que não se conhece, e essa metodologia não oferta cuidado e altruísmo. Os profissionais nos quais mais se percebe essa tendência são os médicos. Nesse sentido, alguns médicos não conseguem exercer a subjetividade pois, por terem sido submetidos a métodos muito duros e intolerantes, têm medo e não porque são figuras frias que não enxergam a subjetividade do outro. Na verdade, em decorrência de uma estrutura de formação, muitas vezes não enxergam a própria subjetividade. Nisso, mostra-se a importância do acadêmico – principalmente de medicina – no bloco cirúrgico: para compreensão, desde a formação, de um tratamento biopsicossocial para além da técnica. Existem, por outro lado,

metodologias que formam um bom profissional técnico sem o trauma da humilhação e do medo, o que implica um ensino mais fácil da abordagem holística e humanizada. Nessa perspectiva, a relação profissional-paciente torna-se mais estreita e a comunicação mais efetiva, acarretando um tratamento mais leve de forma geral (SIMONETTI, 2018).

Além dos métodos de ensino, a humanização também enfrenta outros desafios, uma vez que, na maior parte dos hospitais, a equipe multidisciplinar é sobrecarregada frente a um expressivo número de pacientes, sem conseguir oferecer a atenção necessária. Com isso, a saúde mental e física dos profissionais se desgasta, o que compromete a qualidade ofertada no tratamento aos pacientes. Evidencia-se, assim, a importância da qualidade de vida da equipe, para a melhor prática humanizada aos profissionais, à equipe entre si e aos pacientes (BARBOZA *et al.*, 2020; NERI, 2016).

A importância do profissional de nutrição através da terapia nutricional no bloco cirúrgico

Ao se pontuar sobre a importância da multidisciplinaridade no bloco cirúrgico (BC), não se pode deixar de mencionar o importante papel do nutricionista na prescrição da terapia nutricional do paciente nos momentos de pré e pós-operatório. Nesse contexto, foi criada a Diretriz ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória) voltada especialmente para auxiliar na recuperação do recém-operado. Esse sistema implementado nas redes de saúde brasileira no ano de 2005 teve como objetivo inicial aprimorar os cuidados perioperatórios, tendo seu mecanismo central pautado na terapia nutricional.

Desse modo, a terapia é personalizada para cada indivíduo, visto que as necessidades nutricionais variam de acordo com características pessoais do paciente, bem como o desejo do mesmo e o seu estado geral. Outra situação que implica ajustes para cada dieta pós-operatória é o tipo de cirurgia a ser realizada. Um paciente que se submeterá a uma cirurgia bariátrica, por exemplo, terá um suporte diferente do paciente que será submetido a uma cirurgia neurológica, sendo oferecida uma dieta inicialmente líquida ou pastosa ao primeiro e uma extremamente energética ao segundo.

Nessa perspectiva, consoante aos dados reunidos para a construção da Diretriz ACERTO, vários pontos de melhora foram verificados, como recuperação mais rápida dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, menor incidência de morbidades, diminuição do tempo de internação e do número de reinternações e, consequentemente, redução de gastos pelos estabelecimentos de saúde. Além disso, foi possível verificar um aumento no conforto do paciente oriundo da garantia de participação nas decisões terapêuticas e da otimização da dieta, reduzindo até mesmo o tempo de jejum no pré e pós-operatório (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

A prática do enfermeiro de centro cirúrgico é reconhecida cada vez mais pelos profissionais e pela população, o que exige ética, conduta, conhecimento, liderança e responsabilidade para entrega de uma assistência segura. Há anos o profissional de enfermagem vem praticando no setor a partir de preceitos científicos e clássicos da administração, atuando em dimensões pedagógicas, assistenciais, técnico-científicas e políticas. Além disso, pode relacionar-se com questões associadas a vínculos interpessoais, garantindo o que foi planejado para uma assistência holística e segura. Mediante adversidades, o profissional ainda executa o planejamento e exerce resiliência na superação de desafios durante o processo de trabalho. Desta forma, o enfermeiro é capacitado para gerenciar todo o percurso

anestésico-cirúrgico e prestar assistência às necessidades do paciente durante o período perioperatório. A gerência, apreendida como processo à parte do cuidado, é qualificada como prática estranha, incomum, de difícil entendimento e pouco reconhecimento (ANDRADE *et al*., 2016; SILVA *et al*., 2019).

A liderança representa o processo no qual os indivíduos são estimulados a atuar de modo profissional, reivindicando a construção de laços de confiança com o intuito de ajudar a sua equipe a alcançar as metas em comum entre o grupo. No contexto da enfermagem, percebe-se que o cargo de liderança desempenhado é de alta responsabilidade e, por isso, é imprescindível que o enfermeiro esteja comprometido a estar sempre próximo da equipe multidisciplinar a fim de acompanhar tudo o que está sendo realizado no centro cirúrgico, planejando, gerenciando e liderando as ações.

O trabalho em equipe interprofissional colaborativo é considerado fundamental para a qualidade da atenção à saúde, segurança e satisfação do paciente e dos profissionais. O enfermeiro é responsável por preparar os pacientes para a realização de procedimentos cirúrgicos e auxiliar médicos durante uma cirurgia, por coordenar e supervisionar as tarefas assistenciais, cuidar para que sua equipe atue em conformidade com as diretrizes e normas do estabelecimento de saúde e assegurar que os procedimentos no centro-cirúrgico estejam de acordo com os princípios éticos.

A importância do profissional de fisioterapia no bloco cirúrgico

O fisioterapeuta, no contexto do bloco cirúrgico, é responsável por acompanhar o paciente no intra-operatório em cirurgias longas, onde o paciente necessita do uso de botas pneumáticas com o intuito de evitar riscos de trombose, além de realizar ações que favoreçam a fisiologia da cicatrização e previnam a exacerbação do processo inflamatório. Além disso, o profissional da fisioterapia é responsável por ajudar a manter a hemostasia e os parâmetros de pressão arterial na faixa ideal durante o procedimento cirúrgico, o que traz uma melhor circulação sanguínea nos membros inferiores do paciente. Desse modo, a atuação do fisioterapeuta no BC tem a finalidade de compreender as necessidades de saúde dos pacientes e suas famílias, bem como evitar possíveis complicações e acelerar a sua recuperação (BRAGA *et al*., 2016; ROCHA *et al*., 2011).

O desconforto emocional e a atuação do psicólogo no bloco cirúrgico

No âmbito do BC, o pré-operatório é por vezes o período mais difícil no campo emocional para o paciente. Durante as fases que antecedem o procedimento cirúrgico, os pacientes são tomados por sentimentos de impotência e de medo da morte, da dor, da mutilação e de alterações permanentes em sua aparência física.

Nesse contexto, se evidencia a importância do psicólogo na equipe multidisciplinar em ambiente hospitalar, visto que se admite, na maioria das vezes, que o paciente não está pronto para se submeter ao ato cirúrgico. Levando em conta esse desafio, a atuação da psicologia no pré e pós-operatório garante uma melhor aceitação e conforto ao paciente. Com a terapia necessária, isso reflete até mesmo nas condições do indivíduo durante a cirurgia e em um melhor prognóstico no seu pós-operatório. Além disso, o psicólogo deverá estar preparado para prestar o suporte necessário tanto à equipe multidisciplinar quanto aos familiares do paciente em questão, fazendo com que todo o processo seja melhor absorvido e conduzido por ambas as partes, melhorando a comunicação

entre eles e humanizando todo o processo de cuidado (SANTOS & VIEIRA, 2012).

A influência da saúde integral e qualidade de vida dos profissionais de saúde para exercício em bloco cirúrgico

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1995), o conceito de qualidade de vida consiste na "percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Nessa perspectiva, compreender o caráter amplo dessa condição possibilita ao indivíduo situar-se em sua realidade e, assim, gerenciar melhor o estresse, os padrões impostos, os objetivos, as relações interpessoais e os cuidados com a saúde.

De acordo com Carvalho (2018), os diversos fatores que podem influenciar a qualidade de vida, o trabalho e a vida profissional do indivíduo impactam significativamente na sua saúde e no seu bem-estar. Aspectos como satisfação com a remuneração, o reconhecimento e a valorização da atividade exercida, além da constatação de resultados positivos atingidos repercutem diretamente na produtividade e no aumento da motivação desse profissional. Com base nisso, em 1950, o cientista inglês Eric Lansdown Trist e seus colaboradores, desenvolveram várias pesquisas a partir de análise e reestruturação de tarefas e visando a melhora da vida laboral, uma vez que as condições encontradas no ambiente de trabalho podem determinar consequências sérias à vida do trabalhador, como o aparecimento de doenças físicas e psíquicas.

No ambiente hospitalar, a realidade não se distancia. Tendo em vista que os profissionais da saúde estão cada vez mais expostos a jornadas exaustivas e ininterruptas de plantões, sobrecarga de tarefas, além da convivência com dor e o sofrimento alheio, esses trabalhadores ficam mais propensos a doenças relacionadas ao trabalho. Dentro do bloco cirúrgico, a constante exposição dos profissionais a um excesso de atividades e obrigações os sujeitam a uma jornada de trabalho mais intensa e prolongada, o que pode predispor a conflitos, estresse, com repercussões em sua qualidade de vida. Desse modo, para compreender o aspecto da saúde no comportamento dos profissionais em relação ao local de trabalho e à vida social é imprescindível considerar as relações interprofissionais ou interligações com os colegas da equipe multidisciplinar no Centro Cirúrgico.

Além disso, vale ressaltar que a forma como os ambientes de trabalho estão estruturados atualmente não favorece o autocuidado dos funcionários; pelo contrário, são lugares naturalmente mobilizadores de emoções, sentimentos e estresse. Variadas situações de trabalho, associadas aos conflitos e aos sentimentos, comprometem o desempenho produtivo e o equilíbrio físico e emocional dos profissionais em centro cirúrgico.

A falta de descanso, de entretenimento e o comprometimento da saúde física, emocional e mental propiciam a desvalorização do autocuidado, o que dificulta a capacidade de lidar com os eventos em geral. Mediante esta realidade, algumas consequências como a insônia, a irritabilidade, a sonolência e a fadiga crônica começam a acometer a integridade do trabalhador, refletindo de forma direta na segurança e qualidade do trabalho da vida do membro deste grupo e de sua família.

Estudos mostram que as limitações dos aspectos físicos, saúde geral, vitalidade, limitação dos aspectos sociais e saúde mental interferem na qualidade do sono da equipe multiprofissional, e o inverso também pode ser considerado na correlação dessas variáveis. Além disso, alterações na qualidade de vida e saúde desses profissionais implicam em maiores

chances de desenvolverem diabetes, hipertensão e/ou obesidade e a menopausa para as mulheres (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Quanto aos profissionais pertencentes a equipe multidisciplinar em bloco cirúrgico, o maior percentual é de mulheres e, nesse sentido, evidencia-se o fenômeno da feminização do setor da saúde, ou seja, há maior incidência de mulheres inseridas no ambiente hospitalar. As profissionais da saúde, ao acompanhar os movimentos de transformação no mundo com relação à posição da mulher na sociedade, estão cada vez mais especializadas em suas áreas, e por consequência, mais aptas a ocuparem cargos de chefia e de maior representatividade.

Tendo em vista os aspectos que influenciam o bem-estar do profissional da saúde, o domínio psicológico apresentou um impacto considerável na qualidade de vida deste indivíduo. Dessa maneira, faz-se necessário uma maior atenção aos cuidados com a saúde do trabalhador. Os métodos mais comuns de lidar com o estresse no ambiente hospitalar são dialogar com colegas de trabalho e manter o senso de humor. Além disso, é muito importante que seja ofertado um serviço de apoio psicológico que atue no gerenciamento dos fatores estressores, assim será possível, de fato, contribuir de forma positiva na qualidade de vida dos trabalhadores, aumentando a satisfação profissional e, consequentemente, a produtividade frente ao trabalho (BARBOZA *et al.*, 2020; NERI, 2016).

CONCLUSÃO

As determinantes sociais em saúde são exemplos que evidenciam a necessidade de um tratamento individual e equânime para os pacientes e corpo clínico. Essa abordagem, na prática, muitas vezes se mantém restrita à atenção primária, uma vez que a conformação estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS) favorece a interdisciplinaridade. Portanto, é dever dos profissionais da saúde expandirem a medicina integral e humanizada para outros ambientes, incluindo o ambiente cirúrgico.

Esse capítulo espera-se fomentar essa discussão no meio acadêmico, para que os profissionais ingressem no mercado de trabalho com uma visão atualizada nessa perspectiva. O capítulo é relevante para evidenciar a importância do exercício da humanização de maneira bidirecional: para os profissionais e para os pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, A.C.M. *et al.* Atuação da residência multiprofissional em urgência e emergência em bloco cirúrgico de hospital de ensino. Revista de Políticas Públicas (SANARE), v. 15, p. 105, 2016.

BARBOZA, B.C. *et al.* Percepção da equipe multidisciplinar acerca da assistência humanizada no centro cirúrgico. Revista SOBECC, v. 25, p. 212, 2020.

BRAGA, D.D. *et al*. Exercício da liderança do enfermeiro no bloco cirúrgico. Journal of Nursing and Health, v. 6, p. 267, 2016.

CARNEIRO, A.C. *et al.* Qualidade de vida e de sono da equipe multidisciplinar na Unidade de Tratamento de Queimaduras do Hospital São Paulo. Revista Brasileira de Queimaduras, v. 14, p. 2, 2015.

CARVALHO, A.M.B. *et al.* Qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. Enfermagem em Foco, v. 9, p. 35, 2018.

NASCIMENTO, J.E.A. *et al*. Diretriz ACERTO de intervenções nutricionais no perioperatório em cirurgia geral eletiva. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 44, p. 633, 2017.

NERI, M.F.A. Cirurgia segura: atuação do enfermeiro em bloco cirúrgico [monografia]. Recife: Faculdade Integrada de Pernambuco, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine, v. 41, p. 403, 1995.

ROCHA, A. *et al.* Vivência dos acadêmicos de fisioterapia no bloco cirúrgico. Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão, v. 3, 2011.

SANTOS, L.J. & VIEIRA, M.J. Atuação do psicólogo nos hospitais e nas maternidades do estado de Sergipe. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 1191, 2012.

SILVA, M.J.M. *et al*. Atividades gerenciais desempenhadas pelo enfermeiro no centro cirúrgico: obstáculos enfrentados pelo profissional no setor. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 17, 2019.

SIMONETTI, A. Os sócios de Deus. Youtube, 2018. (49m37s). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=TqU_y9Rq6Hs. Acesso em: 17 set. 2021.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 20

NÚCLEO ACADÊMICO DO SIMERS: COMPLEMENTANDO A FORMAÇÃO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL

AUTORES

GUSTAVO WILD PIZUTTI[1]
LETYCIA CABRAL RIBEIRO[2]
MARINA PUERARI PIETA[3]
NATÁLLIA BOFF DE OLIVEIRA[4]
SCARLET LAÍS ORIHUELA[5]
VINÍCIUS DE SOUZA[5]
BRUNA FAVERO[5]

FILIAÇÃO

1. Discente – Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.
2. Discente – Medicina da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
3. Discente – Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
4. Discente – Medicina da Universidade Luterana do Brasil.
5. Médico(a) – Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

Palavras-chave: Núcleo acadêmico; Medicina; Representatividade estudantil.

INTRODUÇÃO

O rápido crescimento do número de escolas médicas no Brasil nas duas últimas décadas determinou uma mudança inevitável no perfil demográfico da medicina brasileira, passando de uma maioria masculina de meia idade para uma maioria feminina e jovem. Com isso em mente, o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS) criou um espaço para aproximação com acadêmicos de medicina, futuros médicos: o Núcleo Acadêmico do SIMERS (NAS).

O objetivo deste trabalho foi descrever o histórico e atuação do NAS ao longo dos anos e a contribuição para a formação de médicos no Rio Grande do Sul (RS).

MÉTODO

O presente trabalho trata-se de uma revisão narrativa de histórico realizada no período de julho a setembro de 2021, por meio de pesquisas em acervo digital, matérias publicadas em jornais e sites de notícias, acervo próprio, como o estatuto e regimento interno, e entrevistas gravadas com membros fundadores, diretores médicos e outras pessoas importantes na história do NAS.

Os relatos selecionados foram organizados aqui para que toda a história do núcleo pudesse ser relatada de forma coesa e estruturada, abrangendo o cenário e os motivadores que influenciaram na criação, estruturação e funcionamento do NAS.

O levantamento para referencial teórico e histórico ocorreu nas plataformas digitais e site da Câmara Legislativa com a versão mais atual da Constituição Federal, bem como em livros e artigos científicos e jornalísticos recentes relacionados ao tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Criação

O NAS foi criado em 2007 com o objetivo de fortalecer a ligação entre o SIMERS, as universidades de medicina e os futuros profissionais da área do RS, transmitindo conhecimentos e experiências que complementam a realidade acadêmica. Em mais de dez anos de história, o núcleo contou com a participação de mais de 50 acadêmicos de medicina em sua diretoria, além de mais de 2.800 associados. Atualmente, a diretoria é composta por 18 membros, 17 representantes e mais de 600 associados.

Organização interna

O NAS tem quatro pilares principais: liderança, através da política médica; conhecimento, tanto pela educação médica quanto por cursos complementares; responsabilidade social, através dos projetos voluntários e a realização do trote solidário; e benefícios aos associados, de acordo com a necessidade dos estudantes associados.

Atualmente, fazem parte da diretoria uma presidente, um vice-presidente, 16 diretores e quatro coordenadores médicos. O grupo tem reuniões semanais em formato híbrido (presencial na sede do SIMERS, em Porto Alegre, e simultaneamente online), que têm suas datas estipuladas previamente. Semanalmente, é montada uma pauta com os temas a serem discutidos, deixando um tempo ao final para assuntos gerais que não foram discutidos durante o encontro. São abordados assuntos relacionados à formação médica e ao futuro da profissão, organização de eventos e produção científica, além de demandas trazidas pelos diretores e associados. Após cada reunião, são realizadas atividades complementares com membros que tiverem interesse em participar,

que serão discutidas na subseção “Projetos”. Além disso, há também uma subdivisão em núcleos de trabalho (NT), quais sejam:

- NT Científico: tem por finalidade elaborar trabalhos e pesquisas científicas e apresentá-las em eventos de Educação Médica. Além disso, oferece aos associados eventos de temas complementares à formação médica, como o Curso de Diagnóstico por Imagens, Curso de Residências Médicas, SemaNAS, entre outros;
- NT de Extensão: é encarregado pelo apoio e aproximação com as ligas e centros acadêmicos do estado. Ademais, é responsável pela campanha de associação e pelos benefícios dos associados;
- NT de Responsabilidade Social: tem como objetivo a integração da diretoria do núcleo e de seus associados a projetos de cunho social e humanístico. Por meio de ações como Trote Solidário, "Ouvindo a Vida", "Obrigado, Dr.", entre outros, o NAS propõe uma parceria com instituições filantrópicas visando o retorno à sociedade através de ações como doações de sangue, arrecadação de alimentos e de tampinhas plásticas. O Curso de Capacitação de Voluntariado, organizado por este NT, visa conscientizar os participantes sobre o que é ser um voluntário e capacitar os acadêmicos de medicina para atuação nos projetos desenvolvidos pelo NAS e pelo Grupo de Voluntariado do SIMERS. O resultado desse trabalho é a promoção da cultura do voluntariado em prol da promoção do bem-estar social, colaborando para a humanização dos futuros profissionais médicos e a formação de cidadãos mais conscientes de seu papel social;
- NT do Interior: é responsável pela aproximação com os acadêmicos de medicina do interior do Estado, principalmente com os representantes que o NAS tem dentro de cada universidade com curso de medicina. Este NT é encarregado de trazer demandas que os acadêmicos do interior possuem, tanto em questões de formação complementar quanto no sentido de assessoria, entre outras;
- NT de Política: tem como função discutir pautas de cunho político que interferem ou podem interferir na formação médica. O objetivo é criar um posicionamento institucional de modo que o núcleo possa atuar conforme demanda ou interesse.

Cada NT é coordenado por um diretor acadêmico, exceto o NT de Política que, atualmente, é comandado por um dos coordenadores médicos. Os demais diretores podem escolher em qual(is) dos núcleos deseja participar. Vale ressaltar que a gestão (presidente e vice-presidente) e os coordenadores médicos assessoram cada NT conforme demanda, mas a gerência interna de cada equipe fica a cargo do coordenador.

O NAS oferece aos seus associados praticamente a mesma gama de serviços oferecidos a um sócio médico do SIMERS, com mais de 300 benefícios, como: assessoria jurídica; confecção e/ou atualização do currículo lattes; cursos com certificação para horas complementares, descontos em cursos e produtos da área da saúde, entre outros.

Projetos

O NAS conta com inúmeros projetos voltados ao estudante de medicina, todos eles destinados a complementar a formação acadêmica dos diretores e seus associados e aproximá-los do SIMERS. Dentre os projetos, destacam-se:

- Trote Solidário: o Trote Solidário é hoje o maior projeto do NAS. Teve início em 2008 e acontece semestralmente nas 20 universidades de medicina do RS, abrangendo 14 cidades do estado. O Trote Solidário surgiu com o objetivo de integrar e realizar um momento de

confraternização entre os participantes, além de ampliar o engajamento nas atividades de cunho social e humorístico em prol da comunidade. Inicialmente, o Trote Solidário contava com a doação de sangue, arrecadação de alimentos não perecíveis e com a inscrição como doador no banco de medula óssea. Com o tempo, mudanças foram feitas, como a exclusão de pontuação para doador de medula óssea e, nas últimas edições, foi implementada a arrecadação de livros didáticos para pré-vestibular destinados ao Banco de Livros de Porto Alegre e a arrecadação de tampinhas de garrafas PET em parceria com o Instituto de Câncer Infantil. O evento já está em sua 20º edição e durante todos esses anos foi possível alimentar mais de 590 mil pessoas com arrecadação de alimentos e beneficiar mais de 23 mil vidas com doações de sangue. Até a edição 2021/1, foram arrecadadas mais de 295 toneladas de alimentos e 5.850 bolsas de sangue foram doadas. Ao final de cada edição, é criado e divulgado um ranking de colocação das universidades de acordo com a pontuação obtida em cada categoria da gincana, instigando a competitividade dos estudantes e com o objetivo de gerar integração e confraternização entre os acadêmicos e combater a violência na recepção dos novos universitários, público-alvo da organização do Trote Solidário.

- Representantes: são alunos dos mais variados semestres da faculdade de medicina de cada uma das 20 universidades do RS. Eles são convidados a ingressar no grupo por se destacarem em ações realizadas pelo NAS e representarem sua universidade junto à diretoria. Por meio desse contato com os representantes, tem-se uma facilidade na comunicação para eventuais demandas das universidades.
- Multiplicadores: da mesma forma em que os representantes são convidados a ingressar no NAS, os multiplicadores também são alunos de medicina que demonstram interesse e destacam-se em atividades propostas pelo Núcleo. O papel do multiplicador é de divulgar ao público estudantil as atividades realizadas, além de trazer demandas de suas universidades.
- Seminários: iniciado em 2021, este projeto busca atualizar o grupo sobre assuntos pertinentes e de interesse da diretoria. São convidados palestrantes capacitados no assunto proposto e que instiguem nos participantes a busca ainda maior por conhecimento. Uma vez ao mês, após reunião da diretoria, é feita a apresentação desses temas, dentre os quais destacaram-se "*Soft Skills* do médico líder"; "Funcionamento das Casas Legislativas"; "Estratégias de resiliência e saúde mental" e "Entendendo o currículo Lattes", todos já trabalhados e discutidos pelo grupo.
- Clube de revista: foi criado em 2021 visando ampliar a capacitação dos diretores, representantes e multiplicadores. É uma reunião educacional na qual o grupo discute artigos diversos para se manter a par de novos conhecimentos médicos, atualizando seus membros sobre descobertas de pesquisas atuais, além de aprender a criticar e avaliar pesquisas e a fortalecer a prática médica baseada em evidências. Uma vez por mês, após uma das reuniões da diretoria, é apresentado um resumo da questão da pesquisa (previamente escolhida, com assessoria dos coordenadores médicos), dos métodos, dos resultados e das conclusões, com possíveis perguntas e objeções do apresentador, para embasar e fomentar a discussão posterior.
- Clube de debate: também criado em 2021, com o objetivo de ensinar, treinar e capacitar os diretores sobre oratória, que é umas das importantes *soft skills* na prática médica. Um membro da diretoria é selecionado para

criar, com apoio dos coordenadores médicos, uma moção sobre um assunto relacionado à realidade médica. O grupo é previamente dividido entre "defesa" e "oposição" e, no dia agendado (uma vez por mês, após uma reunião da diretoria), deve-se argumentar sobre a moção definida. Em seguida, é feito um bate-papo para discutir sobre as dificuldades encontradas e estratégias para solucioná-las. Os coordenadores médicos são os avaliadores do debate e são responsáveis por definir o grupo vencedor.

- Discussão de caso clínico: foi iniciado em 2021, após demonstração de interesse dos membros por assuntos clínicos de medicina, os mesmos vistos na faculdade, porém, nesse modelo são incluídas questões éticas e jurídicas enfrentados na prática, como sigilo médico, preenchimento de certidão de óbito, situações de abuso e violência, preenchimento de prontuário, intimação judicial, intoxicações, responsabilidade civil do médico, entre outros, que, de forma orgânica, se misturam com os sinais e sintomas apresentados pelo paciente na hora do relato e discussão do caso.
- Encontro estadual: é um evento que ocorre semestralmente, no qual todos os representantes do estado são convidados a participar, juntamente com a diretoria, a fim de discutir as demandas de cada uma das universidades, além de debater sobre assuntos médicos da atualidade e realizar capacitações de *soft skills*.
- Imersão: também é um evento que ocorre semestralmente e conta com a presença de toda a diretoria em um dia de capacitação e confraternização, onde são elencados todos os projetos realizados pelo NAS naquele semestre.
- *Lives*: com a pandemia de COVID-19, muitos trabalhos desenvolvidos pelo NAS precisaram ser reestruturados e, com eles, *lives* transmitidas pelo *Instagram* ou pelo *YouTube*, dos mais variados temas, foram realizadas com o objetivo de integrar ainda mais o NAS com os estudantes.
- NASuaRádio: programa ministrado pelos diretores do NAS e disponibilizado na Rádio SIMERS, visando discutir demandas e temas pertinentes aos acadêmicos de medicina, por vezes com convidados, a fim de complementar a formação com debates sobre assuntos atuais.

CONCLUSÃO

Depreende-se, por meio desse estudo, que a elaboração e a execução dos núcleos de trabalho e dos projetos realizados pelos diretores do NAS efetivam a aproximação entre futuros médicos, a experiência externa ao mundo acadêmico e o SIMERS.

A tendência é que, a cada semestre, haja a presença do NAS em mais eventos dentro das universidades e em congressos para aumentar ainda mais o contato com os estudantes e garantir maior representatividade de uma unidade estudantil em nível estadual. O NAS almeja representar o máximo de estudantes de medicina do estado, além de garantir uma educação de excelência para estes. Acredita-se que uma boa formação, aquela que vai além da medicina teórica e mostra ao estudante os outros pilares necessários para uma carreira médica de sucesso, é fundamental para os futuros profissionais da saúde e, consequentemente, para oferecer uma saúde de qualidade para a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEDUR, B. *et al*. Telemedicina em tempos de pandemia. Porto Alegre, 2020.

OLIVEIRA, N.B. O papel do núcleo acadêmico do sindicato médico do Rio Grande do Sul na história da medicina brasileira. [Apresentado no XXIV Congresso Brasileiro de História da Medicina e I Encontro das Academias de São Paulo e do Rio Grande do Sul; 2019 Out 26; São Paulo, BR].

OLIVEIRA, N.B. Trote Solidário: O impacto na vida de acadêmicos de medicina e comunidade. [Apresentado no XXIV Congresso Brasileiro de História da Medicina e I Encontro das Academias de São Paulo e do Rio Grande do Sul; 2019 Out 26; São Paulo, BR].

OLIVEIRA, N.B. Saúde na justiça: uma perspectiva sobre a necessária limitação das decisões judiciais. Porto Alegre, 2020.

OLIVEIRA, N.B. Distance learning in medical courses in Rio Grande do Sul, Brazil, during coronavirus pandemic. [Apresentado no HLA - Medics. Academy Summit 2021; 2021 May 29-30].

ORIHUELA, S.L. *et al*. Ensino à distância nos cursos de medicina do Rio Grande do Sul durante a pandemia do coronavírus. Porto Alegre, 2020a.

ORIHUELA, S.L. *et al*. Núcleo Acadêmico SIMERS Em 13 Anos De Atuação. [Apresentado no 58º Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem), outubro de 2020b].

ORIHUELA, S.L. *et al*. Atuação do Núcleo Acadêmico SIMERS no ano de 2020. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, p. 18568, 2021.

PIZUTTI, G.W. *et al*. Capacitando acadêmicos de medicina para o voluntariado: Um relato de experiência. Porto Alegre, 2020a.

PIZUTTI, G.W. *et al*. Mental health of medical students from a southern Brazilian state. [Apresentando no 15º Young European Scientist Meeting - Digital Experience, september 2020b].

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 21

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: A CHAVE PARA O ATENDIMENTO MÉDICO EFICAZ

AUTORES

SAMUEL FILIPPE MOTTA MARTINS DIAS[1]
ALEXANDRE DE CASTRO BROMMONSCHENKEL[1]
EDIGAR MORAES DA CRUZ[2]
LETÍCIA ISABELA DE SOUZA MOREIRA[1]
LUIZA MOREIRA COELHO[1]
MARCO ANTÔNIO SILVA ARAÚJO[1]
MARIANE OTONI BRAGA[1]
MATHEUS DE SERPA VALE[1]
PEDRO MENDES CALIXTO[1]
THAYS LACERDA SANABRIA[1]
VANESSA MIRANDA DOS SANTOS ROCHA[3]
YAN FERREIRA DE ALMEIDA[1]

FILIAÇÃO

4. Discente – Curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH).
5. Discente – Curso de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).
6. Discente – Curso de Medicina da Universidade Federal Viçosa (UFV).

Palavras-chave: Equipe multidisciplinar; Atendimento; Eficácia.

INTRODUÇÃO

A integralidade, princípio basilar que norteia as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela Constituição Federal de 1988, evidencia a importância de um atendimento amplo aos cidadãos.

Dentro dos hospitais e centros de saúde, a fim de que seja observado tal princípio, os pacientes devem ser enxergados enquanto seres biopsicossociais. Isto porque, além das alterações biológicas, psicológicas e sociais propriamente ditas, devem ser também consideradas as variações referentes ao estilo de vida, hábitos alimentares, condições socioeconômicas e todas as outras que envolvam a vivência individual de cada ser.

Para atender a esta demanda, um único profissional de determinada área revela-se insuficiente na garantia da integralidade do atendimento, visto que podem existir diversas nuances que excederão a formação do profissional atuante naquela circunstância, a exemplo do médico. Atualmente, não há dúvidas de que uma equipe multidisciplinar — com o apoio de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, dentistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, etc. — é capaz de potencializar exponencialmente a qualidade do atendimento humanizado ao paciente. A referida equipe poderia considerar não somente a patologia que deve ser tratada no momento, mas todo o seu contexto de vivência, na tentativa de garantir, além do tratamento eficaz da condição patológica atual, a implementação de medidas preventivas que possam realmente fornecer saúde e qualidade de vida aos cidadãos.

Há muito se discute a diferença entre os modelos de saúde existentes para a população, razão pela qual desde o século passado contesta-se qual seria o mais eficaz no tratamento dos pacientes. A prática hospitalar e as pesquisas já realizadas sobre esta temática evidenciam a mesma dúvida: como os centros de saúde devem ser administrados para proporcionar, além do tratamento eficaz das patologias apresentadas pelos pacientes, uma experiência diferenciada e composta por educação em saúde e medicina preventiva? Tal questionamento figura como tema de discussões entre gestores de serviços hospitalares no Brasil e no mundo (PINHEIRO & LUZ, 2003).

O setor de Gestão em Saúde é um grande aliado nesta situação, uma vez que visa à multidisciplinaridade do atendimento, e de suma importância para a correta aplicação do princípio da integralidade, aprimorando, assim, o desempenho das equipes e proporcionando o melhor ao paciente.

Na prática, é evidente a capacidade das equipes médicas multidisciplinares de proporcionarem um atendimento verdadeiramente amplo, humanizado e eficaz. No entanto, a literatura acadêmica carece de maior quantidade de produções científicas aptas a comprovar tal competência. É o que o presente trabalho objetiva.

MÉTODO

Foi realizada uma ampla pesquisa nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico à procura de trabalhos que abordam o papel da equipe médica multidisciplinar e o comparam com serviços que não aderiram à metodologia em questão, com o intuito de entender o que realmente torna o atendimento ao paciente mais amplo e mais eficaz. Foram utilizados os descritores “equipe multidisciplinar”, “multidisciplinaridade”, “equipe médica multiprofissional”, “atendimento" e “eficácia”.

DISCUSSÃO

Observou-se que, nas últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro passou por constantes transformações, apresentando, atualmente, uma estrutura muito mais voltada à integralidade do que outrora. Evidenciou-se, com isso, uma expressiva melhora no atendimento ao paciente, que pôde observar benefícios explícitos decorrentes das equipes multiprofissionais, mostrando que saúde não é apenas ausência de doença no momento, mas sim qualidade de vida, prevenção contra as principais patologias, educação em saúde e bem-estar social.

A saúde como fator histórico

Para entender a importância da multidisciplinaridade na equipe médica e como esse modelo impacta na saúde brasileira, é fundamental conhecer alguns fatos históricos da medicina no Brasil e como a assistência médica era organizada até a consolidação da prática multidisciplinar.

A medicina foi implementada no Brasil em 1808, após a chegada da família real portuguesa, com aabertura da primeira escola de medicina em território nacional. Nesse período, o médico tinhaum papel curativista, atuando com foco apenas em tratar a doença, sem considerar aspectos que impactam na vida do paciente e, consequentemente, na sua enfermidade. O modelo aplicado era hospitalocêntrico, tendo os hospitais como lócus de atuação e foco na doença e na sua cura, sendo orientado por demanda espontânea da população.

Esse sistema perdurou até o período da República Velha, quando a altíssima incidência de doençastransmissíveis motivou uma reforma sanitária em 1904, liderada por Oswaldo Cruz. A reforma se pautava em quatro pontos principais:

- Desinfecção das cidades;
- Demolição de construções em condições que oferecessem risco à saúde;
- Notificação permanente de epidemias;
- Vacinação obrigatória.

A reforma, apesar de necessária, possuía o mesmo defeito do modelo de saúde já aplicado ao focar exclusivamente na doença, e não em seu portador. As medidas geraram grande insatisfação, culminando na Revolta da Vacina.

Vinte e quatro anos depois, a Lei Elói Chaves, que posteriormente teve seu nome alterado para Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) por Getúlio Vargas, instituiu o sistema Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS). Nesse sistema, o trabalhador, juntamente com governo e empregador, depositava 3% do seu salário em uma espécie de previdência social. Em caso de adoecimento, esse dinheiro era usado para custear seu tratamento. O modelo gerou enorme arrecadação, motivando a construção de muitos hospitais.

Durante a Ditadura Militar, foi instituído o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com atuação similar ao IAPS, contudo, a contribuição foi aumentada para 8%. O sistema teve problemas em sua gestão, o que causou escassez de recursos e levou à criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esses sistemas continuavam a empregar o modelo biomédico, sem considerar a saúde do paciente de forma integral, com custos altíssimos em procedimentos médicos.

Em 1978, a Alma Ata, uma conferência mundial focada em cuidados primários em saúde, propôs que, além de curar doenças, era necessário atuar na prevenção e reabilitação. Esse fato motivou dois acontecimentos importantes no Brasil: a 8ª Conferência

Nacional de Saúde, em 1986, que ampliou o conceito de saúde, que deixou de ser apenas a ausência de doenças, e defendeu um acesso mais amplo à assistência médica, e a promulgação da Lei nº 8.080/1990, que instituiu o SUS.

O SUS pauta-se em três princípios doutrinários:

- Universalidade: todas as pessoas no território brasileiro devem ter acesso a atendimento;
- Integralidade: o cuidado em saúde deve compreender o paciente como um todo, considerando aspectos biopsicos-sociais e agindo desde a prevenção e promoção de bem-estar à reabilitação de doenças;
- Equidade: fornecer serviços equi-valentes à demanda do solicitante.

Com a implementação desses princípios foi evidenciada a necessidade de uma equipe multidisciplinar, visto que o paciente não é mais visto a partir de sua enfermidade. É preciso entender quem é o paciente e como ele vive para tratar sua doença. Nota-se que aspectos socioeconômicos e culturais são extremamente relevantes para a definição da melhor conduta e, além disso, que cada profissional de saúde tem competências distintas e únicas, fazendo-se necessária a atuação multidisciplinar para a garantia de integralidade no tratamento. Por esta razão, o SUS conta com programas e ações focados na multidisciplinaridade, dentre eles:

- CAPS (Centros de Atenção Psicos-social): atendimento a pacientes com doenças psiquiátricas e usuários de drogas;
- Brasil Sorridente: atendimento multi-disciplinar na atenção básica focado nasaúde bucal;
- Academia da Saúde: oferta de atividades físicas.

A atenção básica (nível de atenção mais importante do SUS) guia-se também por um modelo assistencial multidisciplinar. A equipe de saúde da família (ESF) é composta por:

- Médico;
- Enfermeiro;
- Auxiliar de enfermagem;
- Agente comunitário de saúde;
- Cirurgião-dentista (opcional);
- Técnico em saúde bucal.

Modelo de saúde hospitalocêntrico x Modelo de saúde multidisciplinar

Com base na cronologia histórica e nos resultados das ações para a saúde no Brasil, pode-se detalhar e entender os tipos de atendimento existentes e vigentes no país, na medida em que os modelos de atenção à saúde orientam a forma como o serviço é organizado e como o cuidado em saúde é oferecido ao paciente.

Para fins de comparação, foi escolhido o modelo hospitalocêntrico, no intuito de entender suas características e falhas, bem como destrinchar o modelo multidisciplinar e compreender sua funcionalidade e capacidade de potencializar a qualidade no atendimento ao paciente com foco no bem-estar.

O tratamento no modelo hospitalocêntrico tem como característica a atividade centrada no hospital como local único de atuação, nas ações centradas no médico, no corpo anatomicamente dividido em partes, nas especialidades, na doença e na cura, excluindo, assim, o protagonismo do paciente. Esse modelo é bem exemplificado em artigos que buscam o foco nos hospitais psiquiátricos. Segundo Borba *et al*. (2015, p. 88-94), “O fenômeno da porta giratória na área da saúde mental evidencia o fracasso do modelo de saúde predominantemente biomédico, sustentado na

relação objeto-cura, esse modelo considera apenas os aspectos biológicos e não a complexidade das relações, da subjetividade, do ambiente e do social sobre a saúde das pessoas. Assim, a produção de saúde nos serviços fechados é comprometida e a produção de cronicidade é preponderante. Estabelece-se uma relação de dependência entre o sujeito e o serviço de saúde que fragiliza a autonomia e a capacidade de reinserção social do paciente após o período que este ficou institucionalizado". Percebe-se, então, os efeitos do modelo hospitalocêntrico como referência em hospitais psiquiátricos, devido a certos (des)cuidados de instituições manicomiais, segregadoras e superlotadas (BORBA *et al*., 2015).

Além disso, nesse modelo biomédico tradicional, as diversas potencialidades das funções de uma equipe de saúde tendem a ser pouco exploradas, o que pode resultar em menor satisfação dos pacientes nos atendimentos, visto que este modelo não contempla de maneira integral as suas necessidades.

Há, de fato, uma relação intrínseca de complementaridade na saúde, principalmente quando o foco está em prol do diagnóstico, do tratamento e da recuperação do paciente. Nesse sentido, diferente do modelo hospitalocêntrico, é possível identificar alguns impactos do trabalho multidisciplinar, tanto para as equipes de trabalho quanto para os pacientes. Dentre estes benefícios, pode-se citar, por exemplo: maior interação das equipes com as populações atendidas; maior divisão de tarefas, o que, por sua vez, evita que profissionais de saúde fiquem sobrecarregados e permite que maiores demandas sejam atendidas; maior reconhecimento das diversas classes de profissionais nos serviços de saúde. Com isso, observa-se uma assistência integral, efetiva, contínua e de qualidade por meio da melhor abordagem interdisciplinar e do planejamento de ações da organização laboral.

Ao focarmos no paciente e explorarmos as potencialidades de uma equipe multiprofissional de saúde, podemos aumentar a relação "equipe de saúde-paciente" que, por conseguinte, pode resultar na melhor aderência desse indivíduo aos tratamentos propostos. Outrossim, pode-se perceber que o modelo multidisciplinar atua tanto na experiência da doença do paciente quanto na fisiopatologia das doenças, buscando uma atuação como um "todo" para o paciente.

No trabalho multidisciplinar, ainda, as categorias não se sobrepõem umas as outras, todas têm suaimportância. A interdisciplinaridade auxilia nesta situação, pois o saber de cada membro da equipe estrutura melhores resultados. Ademais, esse formato contribui para a possibilidade de realização do atendimento integral e articulação dos saberes e disciplinas necessárias para a assistência à saúde.

Segundo Loch-Neckel *et al*. (2009), a experiência interdisciplinar possibilita o contato com diferentes referenciais e estruturas, enriquecendo o saber e trazendo novas formas de cooperação e comunicação entre os profissionais e entre os profissionais e o usuário. Nesse contexto, os cursos de formação de profissionais em saúde da família no Brasil, seja na forma de especialização ou residência, têm sido desenvolvidos com caráter multiprofissional, incluindo assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, dentre outros.

Esses cursos são lócus de experiências importantes para o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, que geralmente não recebe a ênfase necessária nos cursos de graduação.

Ainda há profissionais com uma formação

mais cientificista ficando um pouco distante do processo saúde-doença. Porém, segundo Peduzzi (1998), para melhorar a identificação e a compreensão das necessidades de saúde do usuário, o trabalho em equipe requer que os profissionais das diferentes áreas reconheçam, respeitem e valorizem o trabalho dos demais.

Benefícios explícitos decorrentes das equipes multiprofissionais

O trabalho em equipe multiprofissional contribui para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão geral do problema, oferecendo-lhes educação e motivação para vencer os desafios e adotar atitudes para mudança de hábitos de vida, a fim de aceitação do tratamento proposto pelos profissionais.

Em doenças multifatoriais como, por exemplo, a hipertensão arterial, que exige orientações voltadas para vários objetivos, a atuação de uma equipe formada por diferentes profissionais trará diferentes abordagens e, com isso, amplia-se as possibilidades de um tratamento mais efetivo.

A equipe multiprofissional pode ser composta por diversos profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, fisioterapeutas, musicoterapeutas, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde.

As principais vantagens da atuação multiprofissional são:

- Maior número de indivíduos atendidos;
- Maior adesão aos tratamentos;
- Cada paciente será um disseminador de conhecimentos e atitudes;
- Favorecimento de ações de pesquisa em serviço;
- Crescimento profissional no serviço como um todo;
- Menor tempo de internamento quando os doentes são admitidos em unidades hospitalares;
- Maior índice de satisfação com os serviços de saúde.

Além disso, são ações comuns da equipe multiprofissional:

- Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo).
- Treinamento de profissionais.
- Ações assistenciais individuais e em grupo de acordo com as especificidades;
- Participação em projetos de pesquisa.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados, fica evidente que o modelo de saúde multidisciplinar é o mais eficaz, eficiente e abrangente em relação ao modelo hospitalocêntrico com o atendimento biomédico, visto que o primeiro modelo possui um atendimento mais integral, humanizado e centrado no bem-estar do paciente. Nesse sentido, evidenciou-se também que o modelo multidisciplinar tem o foco na promoção da saúde dos indivíduos em longo prazo, prevenindo futuras comorbidades e atuando de forma assistencial e abrangente em prol da qualidade de vida da população.

Além disso, pode-se ressaltar que a multidisciplinaridade na equipe médica possui benefícios tantopara os pacientes quanto para os profissionais. O trabalho em equipe possibilita um tratamento de melhor qualidade para os indivíduos e também oferece possibilidades com complementaridade entre os profissionais da saúde e suas respectivas atividades.

Portanto, por meio das análises feitas na construção deste estudo, torna-se explícita a

importância da multidisciplinaridade na equipe médica para o cenário atual e futuro da saúde, visto que um modelo centrado no paciente e nas possibilidades de assistência que podem ser oferecidas de maneira complementar caracterizam e possibilitam o exercício da saúde de forma integral, equitativa e universal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORBA, L.D.O *et al.* Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental. Revista Enfermagem UERJ, v. 23, p. 88, 2015.

LOCH-NECKEL, G. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 1463, 2009.

PEDROSA, J.I.D.S. & TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Pública, v. 35, p. 303, 2001.

PINHEIRO, R. & LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde, v. 4, p. 9, 2003.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 22

A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: COMO UMA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR PODE FAZER A DIFERENÇA

AUTORES

MIKAELLY FARIA DE SOUZA[1]
ANNA CAROLINA ALMEIDA FURTADO DE CNOP[1]
CHRISTIAN RICHARD GAUDERER[1]
CLARISSE SOUSA LINDÔSO[2]
DANIEL DIB FAGUNDES FACÓ HAUAJI[1]
DOUGLAS THOMAZ GUERRA[1]
JÉSSICA JANAYNA FERREIRA DE LIMA[1]
JOÃO PEDRO GODOY DOS SANTOS[1]
LÍDIA COSTA BARROS[1]
MARIANA BASTOS GOMES NOLASCO[1]
MICHELE DE OLIVEIRA DA CUNHA[1]
RAPHAEL HENRIQUE DE ALMEIDA MIRANDA[1]

FILIAÇÃO

1. Discente - Curso de Medicina da Universidade Iguaçu – UNIG V – Itaperuna (RJ).
2. Discente - Curso de Medicina do Centro Universitário FAMETRO – Manaus (AM).

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica; Doenças cardiovasculares; Riscos modificáveis na saúde.

INTRODUÇÃO

Todo ano a hipertensão arterial é responsável de forma direta ou indireta por metade das mortes relacionadas a doenças cardiovasculares, resultando em cerca de 200 mil mortes por ano. Assim, a doença se mostra extremamente presente no país, e interfere na qualidade de vida, bem-estar e longevidade de vida dos pacientes, além de estar diretamente relacionada a outras patologias renais, metabólicas e circulatórias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A síndrome de hipertensão arterial (HAS), ocorre quando se tem valores maiores que 140 e 90 de pressão sistólica e diastólica, e seu diagnóstico é relacionado com os sinais e sintomas clínicos apresentados por cada paciente, associados também aos exames laboratoriais, que conseguem medir as taxas de ureia, creatinina, potássio, e glicemia, por exemplo (PARANÁ, 2018).

Ademais, o Ministério da Saúde, estabeleceu critérios que classificam a apresentação da doença como risco baixo, moderado, e alto, permitindo assim um tratamento mais específico que tem como resultados melhores prognóstico e prevenção de futuras complicações (PARANÁ, 2018).

Desta maneira, devido a gama de manifestações clínicas apresentadas, potencial crônico da doença e seu impacto nas taxas de mortalidade, estudos estão sendo realizados com a intenção de discutir e ampliar os conhecimentos sobre a Síndrome da Hipertensão Arterial, visto que esta influencia todo o funcionamento fisiológico do corpo, atraindo assim olhares de diversos profissionais da saúde para melhor compreensão, diagnóstico, tratamento e prognóstico, focando no organismo como um todo e estabelecendo mudanças de hábitos e minimização de danos futuros (CICHOCKI *et al*., 2017).

Nessa perspectiva, os objetivos do estudo consistem em analisar as interferências causadas pela hipertensão arterial sistêmica, na abordagem de intervenção multidisciplinar e seus benefícios associados ao prognóstico da doença, bem como salientar o efeito benéfico do estilo de vida no que tange à prevenção da patologia uma vez que essa se caracteriza por uma síndrome extremamente recorrente, e que influencia diretamente na qualidade de vida do paciente.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada por meio de busca em base de dados como PubMed e LILACS, utilizando os seguintes descritores: “Hipertensão Arterial Sistêmica”, “Doenças cardiovasculares” e “Riscos modificáveis na saúde”. Deste levantamento, foram recuperados 19 artigos que, posteriormente, foram submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre 2007 e 2021, que abordassem as temáticas propostas na pesquisa no que concerne à fisiopatologia, repercussões cardiovasculares e mudança de hábitos de vida como medida profilática e como bom marcador prognóstico. Os artigos em questão eram do tipo revisão de literatura e também relato de caso clínico. Utilizou-se como critério de exclusão: artigos duplicados, textos em formas de resumo ou ainda aqueles que não atendiam aos critérios de busca mediante os descritores corretos.

Posteriormente à seleção dos 14 artigos, foi feita minuciosa leitura para análise dos dados. Os resultados foram apresentados sob a forma descritiva e subdivididos em: fisiopatologia, principais complicações cardiovasculares relacionadas à hipertensão e intervenção multidisciplinar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores etiológicos da HAS

A hipertensão pode ser primária ou secundária. A hipertensão arterial primária ou idiopática corresponde a cerca de 85% dos casos de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e possui componentes fisiopatológicos variáveis. Geralmente, não está associada a um único fator causal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Dessa forma, mesmo que um fator seja o desencadeante, vários outros fatores serão responsáveis pela continuidade e piora do quadro, como é apontado pela teoria do mosaico, proposta pelo fisiologista Irving Page (1949). Sabe-se que o aumento do tônus vascular pode ser resultado do mau funcionamento das bombas iônicas presentes nos sarcolemas das células da musculatura lisa das arteríolas aferentes, o que pode gerar um problema crônico, refletindo na elevação da resistência vascular periférica. Somado a isso, fatores ambientais, como estresse, obesidade, sexo feminino, afrodescendência e excesso de sódio na alimentação, entre outros atrelados a fatores de predisposição genética, são observados em indivíduos jovens com HAS (ZHAO *et al.*, 2011). Entretanto, em pacientes com idade superior a 65 anos, os fatores ambientais já são suficientes para desencadear o problema, tendo em vista a tendência a perda do componente elástico das paredes dos vasos sanguíneos, ocasionando o enrijecimento destes.

Já a hipertensão secundária, é causada em decorrência de outro quadro e dentre seus fatores etiológicos mais comuns, é possível mencionar: aldosteronismo primário, glomerulonefrite ou pielonefrite crônica, doença renal policística, doença renovascular, apneia obstrutiva do sono, entre outros. Outras etiologias não habituais são: feocromocitoma, hiperplasia adrenal congênita, síndrome de Cushing, hipo e hipertireoidismo, hiperparatireoidismo primário, acromegalia, coarctação da aorta, entre outras. Alcoolismo, uso de anticoncepcionais orais, uso de de simpaticomiméticos, AINEs, corticoides, cocaína ou alcaçuz podem causar hipertensão ou comprometer o controle de uma HAS já existente (ROERECKE *et al.*, 2017).

Os pacientes em uso de três medicações anti-hipertensivas diferentes, sem sucesso no controle esperado da pressão arterial, apresentam, por definição, quadro de HAS resistente. Essa classificação é importante, uma vez que, esses indivíduos apresentam uma elevada morbimortalidade cardiovascular (CAREY *et al.*, 2018).

A fisiopatologia por detrás da HAS

Em relação a fisiopatologia atrelada a HAS, sabe-se que há um aumento da força exercida contra as paredes vasculares pelo sangue, o que culmina no desenvolvimento de danos por todo o organismo, tanto do sistema cardiovascular, quanto dos órgãos a longo prazo. Esse processo pode ser desencadeado por vários mecanismos como, por exemplo, o transporte anormal de sódio, por intermédio do mal funcionamento da bomba de sódio e potássio, localizada na parede celular. Com isso, a célula se torna mais facilmente influenciada pelos estímulos simpáticos, devido ao aumento no índice de sódio em seu interior. Ademais, sabe-se que a bomba de sódio e potássio pode realizar a inativação da noradrenalina e, estando essa bomba incompetente, o mecanismo complementar não irá ocorrer, complementando esse aumento pressórico. Outro fator determinante é o aumento da estimulação simpática, visto que a concentração de catecolaminas é mais elevada em pacientes hipertensos (CAREY *et al.*, 2018).

Já o sistema renina-angiotensina-aldosterona é responsável pelo controle do volume e, consequentemente, da pressão sanguínea. Sabe-se que a renina, produzida pelas células justaglomerulares, converte o angiotensinogênio em angiotensina I, e que essa angiotensina I, por sua vez, é quebrada nos pulmões, rins e cérebro pela enzima conversora de angiotensina (ECA) em angiotensina II. Este, por sua vez, possui ação vasoconstritora acentuada, logo, exerce influência sobre os centros autônomos aumentando o estímulo simpático, culminando na secreção da aldosterona e da vasopressina. Essas substâncias, atuam na reabsorção de água e sódio, contribuindo também para a elevação pressórica (GOLDMAN & AUSIELLO, 2018).

Outro fator relacionado é a carência das substâncias que atuam como vasodilatadores, como a bradicinina e o óxido nítrico. Outrossim, a disfunção do endotélio também afeta os níveis pressóricos, visto que as células endoteliais são responsáveis pela produção de substâncias vasodilatadoras e vasoconstritoras, como a endotelina, por exemplo (OISHI *et al*., 2018).

As principais complicações cardiovasculares decorrentes da HAS

A hipertensão arterial consiste no maior fator de risco para doenças cardiovasculares. Haja vista o envolvimento do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina aldosterona na fisiopatologia da doença, ocorre um processo inflamatório no paciente. Elevadas concentrações de TNF-α nos hipertensos são possíveis mediadoras de dano vascular (LOPES, 2021).

Além dos fatores de crescimento e das citocinas, fibroblastos vasculares intersticiais também têm capacidade de produzir endotelina em resposta à estimulação de angiotensina II. Desse modo, intensifica-se a síntese de componentes da matriz extracelular, colágeno e procolágeno. Outrossim, esses fibroblastos induzem a secreção de IL-6 e alteram a expressão de adesão e migração das moléculas P-selectina e ICAM-1. Destarte, há impacto na migração e no acúmulo de macrófagos no tecido vascular, de forma que, além da inflamação, tem-se um fenótipo fibrótico (MUÑOZ-DURANGO *et al.,* 2016).

As altas concentrações de aldosterona associam-se, ainda, à hipertrofia do miocárdio, remodelamento ventricular, efeitos pró-arritmogênicos, isquemia miocárdica, redução do fluxo sanguíneo coronariano e fibrose cardíaca. Além da fibrose, induz-se a morte celular, a inflamação e o aumento da sinalização do oxidante. Outrossim, repercute na atividade do complexo NADPH oxidase, exacerbando o estresse oxidativo na aorta, nos macrófagos e nas células endoteliais (BUGLIONI *et al*., 2015).

Ainda sobre a aldosterona, na aorta estimula-se a expressão de NOX2 e p22phox através de mecanismo dependente de receptor de mineralocorticoide. Tem capacidade também de aumentar a expressão de TGF-β1 em células mesangiais no rim e em células de cardiomiócitos por meio de via não genômica. A ativação do receptor mineralocorticoide regula a expressão de genes envolvidos na fibrose vascular, na calcificação e no dano inflamatório (LALLI *et al*., 2016).

A importância da intervenção multidisciplinar na prevenção e controle da HAS

A apresentação clínica da Síndrome da Hipertensão Arterial é multifatorial, o que resulta em tratamentos específicos para cada causa, necessitando assim de uma equipe de saúde formada por profissionais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, entre

outros, para viabilizar diferentes abordagens que irão proporcionar um melhor prognóstico para o doente (ROCHA, 2009).

Sendo assim, a adesão ao tratamento abrange o cumprimento das orientações propostas pelos profissionais, para o controle da doença, e o uso correto dos medicamentos prescritos pelo médico, sem interrupções e esquecimentos (GEWEHR *et al*., 2018).

Outrossim, o tratamento envolve ensinamentos em educação em saúde e mudanças nos hábitos de vida do paciente que ocorrem de maneira lenta e que para se ter resultados precisam ser feitos de forma contínua e sem desistência. Apoio e incentivo de uma rede de profissionais focados em tratar a doença faz toda a diferença para o paciente, melhorando os resultados e a aderência ao tratamento (CICHOCKI *et al*., 2017).

Assim, é extremamente importante a adesão do tratamento pelo paciente para que ocorra um controle nos níveis pressóricos, que estão diretamente associados ao entendimento básico sobre a etiologia, evolução, sintomas, consequências, cuidados que precisam ser realizados, fármacos utilizados e seus efeitos colaterais, para que o paciente consiga entender como as mudanças de hábitos podem influenciar positivamente na manifestação da doença (ROCHA, 2009).

A abordagem medicamentosa para o paciente hipertenso inclui o uso de fármacos específicos com intuito de reduzir os níveis pressóricos, proteger órgãos-alvo e prevenir complicações cardiovasculares e renais. Entre os medicamentos utilizados, pode-se citar como exemplo as classes de diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA), todos prescritos pelo médico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Entre as condutas não medicamentosas indicadas para a prevenção e tratamento da hipertensão arterial, há a prática de atividade física e alimentação saudável, acompanhadas por um profissional de educação física em conjunto com um nutricionista (MONTEIRO & SOBRAL FILHO, 2004).

A prática de atividade física está relacionada ao sistema cardiovascular por meio de mecanismos multifatoriais que permitem ajustes fisiológicos e metabólicos, que podem ser classificados em três tipos: agudos imediatos, que ocorrem na prática imediata de exercício físico; agudos tardios, que ocorrem em torno de 48 horas após a atividade; e agudos crônicos, que permite mudanças morfofuncionais nos indivíduos por meio da exposição frequente e regular da atividade (CICHOCKI *et al.,* 2017).

Dessa maneira, a atividade física regular provoca mudanças hemodinâmicas que melhoram o funcionamento do sistema cardiovascular, aumentando o débito cardíaco, a redistribuição do fluxo sanguíneo e a perfusão circulatória, assim, conforme a prática regular de exercício, ocorrem processos fisiológicos e metabólicos que aumentam a distribuição de oxigênio e norteiam a diminuição da pressão arterial devido aos fatores hemodinâmicos, humorais e neurais envolvidos (MONTEIRO & SOBRAL FILHO, 2004).

Outra importante conduta não medicamentosa que previne e trata a hipertensão é a aderência de alimentação saudável. Este hábito apresenta inúmeros benefícios, principalmente no controle da pressão arterial, visto que é importante a manutenção do peso adequado, redução da ingestão de sal, álcool e gorduras, e inclusão de alimentos ricos em nutrientes na alimentação diária (LEON, 2015).

Os níveis pressóricos também podem ser influenciados por qualquer experiência que desequilibre a saúde mental do paciente, visto que estresse e ansiedade, por exemplo, são capazes de ativar reações que aumentam o fluxo sanguíneo e a frequência cardíaca, resultando em aumento da pressão arterial. Além disso, as situações de estresse influenciam também no padrão alimentar do indivíduo, aumentando a ingestão de alimentos ricos em sódio, gorduras e açúcares, o que contribui para o aumento do peso corporal e a implementação de doenças crônicas não transmissíveis (DALMAZO *et al*., 2019).

CONCLUSÃO

Mediante os aspectos expostos, fica evidente a importância da intervenção de uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais, como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, entre outros. Assim, com base nessa revisão integrativa foi possível concluir que a adesão de novos hábitos, tanto no contexto alimentar, físico e mental, além do seguimento rigoroso de horários e doses das medicações estipuladas tem impacto considerável no controle pressórico. Esses fatores se mostraram relevantes na prevenção da hipertensão em grupos geneticamente propensos, além de um satisfatório controle nos quadros já instalados, reduzindo riscos de complicações cardiovasculares. Desse modo, o acompanhamento multiprofissional demonstrou-se eficaz e indispensável para o controle da morbimortalidade atrelado a HAS, aumentando a longevidade e a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUGLIONI, A. *et al*. Circulating Aldosterone And Natriuretic Peptides In The General Community: Relationship To Cardiorenal And Metabolic Disease. Hypertension, v. 65, p. 45, 2015.

CAREY, R.M. *et al*. Resistant Hypertension: Detection, Evaluation, and Management: A Scientific Statement From the American Heart Association. Hypertension, v. 72, e53, 2018.

CICHOCKI, M. *et al*. Atividade física e modulação do risco cardiovascular. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 23, p. 21, 2017.

DALMAZO, A.L. *et al*. Stress and Food Consumption Relationship in Hypertensive Patients. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 113, p. 374, 2019.

GEWEHR, D.M. *et al*. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. Saúde em Debate, v. 42, p. 179, 2018.

GOLDMAN, L. & AUSIELLO, D. Goldman-Cecil Medicina. 25. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

LALLI, E. *et al*. Local control of aldosterone production and primary aldosteronism. Trends in Endocrinology and Metabolism, v. 27, p. 123, 2016.

LEON, D.L. Alimentação saudável, fator importante no controle da hipertensão arterial sistêmica [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2015.

LOPES, H.F. Novas perspectivas no tratamento da hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 11, 2021.

MONTEIRO, M.F. & SOBRAL FILHO, D.C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 10, p. 513, 2004.

MUÑOZ-DURANGO, N. *et al.* Role of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System beyond Blood Pressure Regulation: Molecular and Cellular Mechanisms Involved in End-Organ Damage during Arterial Hypertension. International Journal of Molecular Sciences, v. 17, 2016.

OISHI, J.C. *et al*. Endothelial Dysfunction and Inflammation Precedes Elevations in Blood Pressure Induced by a High-Fat Diet. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 110, p. 558, 2018.

PAGE, I.H. Pathogenesis of arterial hypertension. JAMA, v. 140, p. 451, 1949.

ROCHA, A.A.S. Estímulo à adesão terapêutica anti-hipertensiva em uma unidade do programa saúde da família de Beberibe, Ceara [trabalho de conclusão de curso]. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2009.

ROERECKE, M. *et al*. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health, v. 2, e108, 2017.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia de Hipertensão Arterial. Curitiba: SESA, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 107, 2016.

ZHAO, D. *et al.* Dietary factors associated with hypertension: nature reviews. Cardiology, v. 8, p. 456, 2011.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 23

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE PELO MÉTODO DA ESTIMATIVA RÁPIDA: UM ESTUDO DE LAGOA DA PRATA - MG

AUTORES

BERNARDO BRAGA DUARTE [2]
LUIZA ALVES GUERRA SCARPELLI REIS[1]
MARIANA TRINDADE TOFANI[2]
MATHEUS MATAVEL DOS SANTOS[2]
NILLO AKIZO BARROS[2]
PEDRO HENRIQUE MARQUES PEREIRA[2]
PEDRO LIBOREIRO MOTTA FERRARI[2]
RAFAELA BARROS ROMANO FONTES[2]
VITÓRIA CHIODI PEREIRA[2]

FILIAÇÃO

1. Discente – Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
2. Discente – Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG).

Palavras-chave: Planejamento Estratégico Situacional; Saúde Coletiva; Estimativa Rápida.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, questões econômicas tornam-se cada vez mais relevantes na definição das estratégias de saúde pública, sendo a associação entre estudos epidemiológicos e análises longitudinais de gastos imprescindível à elaboração de políticas destinadas à população. Por meio da coleta de dados e análise dos perfis geográfico, demográfico, econômico, educacional e sanitário de uma área, é possível determinar áreas que carecem de investimento, viabilizando a melhor tomada de decisões pelo poder municipal quanto à distribuição de recursos e, consequentemente, elevando a qualidade de vida dos indivíduos.

O objetivo deste estudo epidemiológico foi realizar, ao longo de dez semanas, uma análise compreensiva e longitudinal da cidade de Lagoa da Prata, no estado de Minas Gerais, utilizando o método da estimativa rápida. Além disso, pretende-se demonstrar, por meio da análise de diversos indicadores, a importância da multidisciplinaridade no atendimento em saúde.

MÉTODO

A estimativa rápida constitui-se ferramenta apropriada ao planejamento estratégico situacional para equipes de Saúde da Família, possibilitando a análise da situação de saúde do território ao considerar a perspectiva dos diferentes atores sociais envolvidos na construção da realidade local (KLEBA, 2015).

Durante um período de dez semanas, entre fevereiro e março de 2020, foi observada a estrutura física, social, política e sanitária do município de Lagoa da Prata, localizado na região centro-oeste de Minas Gerais, e realizadas entrevistas semi-estruturadas com moradores locais no contexto do atendimento médico nos Centros de Saúde. O roteiro utilizado como base para as entrevistas encontra-se a seguir.

Roteiro para entrevistas semiestruturadas

1. IDENTIFICAÇÃO DO MORADOR INFORMANTE:

- Nome_____
- Endereço_____
- Cidade/Estado de origem do informante_____
- Estado civil_____
- Idade _____
- Sexo_____
- Tempo de moradia da família nesta comunidade_____
- Por que a família veio morar nesta comunidade_____
- Local da última moradia_____
- Escolaridade do informante_____
- Ocupação do informante e das pessoas que ali residem_____

2. INFORMAÇÕES SOBRE A COMUNIDADE:

- Onde a maioria da população desta localidade trabalha, ocupação (informal, formal) _____
- Locais frequentados para se divertir: na comunidade/no bairro, outros/qual?_____
- O que falta no bairro para as crianças/adolescentes/jovens/idosos; situação das mulheres_____
- Onde procura atendimento médico? E escolar?_____
- Espaços/lugares/prédios considerados importantes pelos moradores. Por que são importantes?_____
- Quais grupos da comunidade exercem atividades esportivas, recreativas, culturais (música, teatro, dança, etc.), religiosas e associativas?_____
- Lê algum jornal, qual? Meios de comunicação existentes na comunidade. (Pertence a alguma rede social? Ouve algum rádio comunitário?)_____
- Quais as pessoas e/ou organizações que considera atuantes na comunidade_____
- Que mudanças importantes ocorreram neste local nos últimos 5 anos?_____

- Quais os fatos que mais marcaram a história desta comunidade?_____

2.1. CITE TRÊS MAIORES PROBLEMAS DESTE LOCAL:_____

2.2. CITE TRÊS PRINCIPAIS QUALIDADES DESTE LOCAL: _____

Além disso, também foi realizada uma pesquisa nos censos demográficos mais recentes realizados na cidade para que fosse possível ter uma visão longitudinal das questões que os moradores suscitaram.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Informações sobre a população

O município mineiro tem população de 52.165 pessoas, sendo 97,7% habitantes da zona urbana, e pode ser considerado jovem, com maior parte de sua população na faixa etária compreendida entre 20 e 49 anos. De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria da população lagopratense é branca (56,33%) e, em termos religiosos, católica apostólica romana (81,83%). Na cidade, 96,5% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado, ocupando em 2010 a posição 130ª de 5.570. No entanto, apenas 2,9% das moradias que se encontram em vias públicas urbanas possuem urbanização adequada, isto é, incluem presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio fio (IBGE, 2020).

A economia do município é baseada, principalmente, na indústria sucroalcooleira, farmacêutica, de laticínios (Embaré) e da moda. Com menor participação, tem-se o pequeno comércio, presente em praticamente toda a cidade, fornecendo bens de consumo e pequenos serviços. Apenas 26,3% da população está formalmente ocupada, sendo a renda média mensal desses trabalhadores, em sua maioria empregados nessas indústrias, em torno de 2,2 salários mínimos. Percebe-se, entretanto, grande discrepância desse valor em relação ao volume financeiro produzido pelos habitantes da cidade, que possui um PIB *per capita* de R$31.853,71 (IBGE, 2020).

Devido à elevada taxa de escolaridade relativa de seus habitantes (99,1% de 6 a 14 anos), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade é considerado alto (0,732). A taxa de mortalidade infantil é de 8,33 óbitos por 1.000 nascidos vivos, o que a deixa na 8ª posição de 12 em sua microrregião e na 510ª de 853 no estado de Minas, sendo predominantemente pública a assistência em saúde na cidade (IBGE, 2020).

Principais aspectos da saúde da população – do que se adoece e do que se morre

As principais causas de morbidade que geram internações hospitalares são as relacionadas à gravidez, a doenças dos sistemas circulatório e digestório e a neoplasias. Quando se analisa as causas de morbidade na gravidez, observa-se que a maioria das internações se deveu a “outras complicações da gravidez e do parto”. Em relação às doenças circulatórias, a distribuição por causa das internações foi relativamente homogênea, sendo que a maioria se deveu a acidentes vasculares cerebrais não especificados se hemorrágicos ou isquêmicos; outras causas foram, em ordem decrescente de frequência: insuficiência cardíaca (maioria urgência), infarto agudo do miocárdio (maioria urgência) e outras doenças isquêmicas do coração (maioria urgência). As afecções do sistema digestório mais recorrentes nas internações foram, em ordem decrescente: colelitíase e colecistite (maioria eletiva), doenças do apêndice (maioria urgência), hérnia inguinal (maioria eletiva) e outras hérnias

(maioria eletiva). Por último, as morbidades associadas a neoplasias que mais levaram a internações foram: neoplasias malignas do cólon (maioria eletiva), outras neoplasias malignas da pele (maioria eletiva) e outras neoplasias *in situ* benignas e de comportamento incerto (maioria eletiva) (BRASIL, S.d.; MINAS GERAIS, S.d.).

As maiores causas de mortalidade, por sua vez, estão relacionadas a doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. As principais causas de mortalidade para as doenças do aparelho circulatório foram, em ordem decrescente: doenças isquêmicas do coração (maioria homens), sendo a doença isquêmica mais frequente o infarto agudo do miocárdio (maioria homens), doenças cerebrovasculares (maioria mulheres) e outras doenças cardíacas (maioria mulheres). Para as causas de mortalidade relacionadas a neoplasias, as principais afecções foram, em ordem decrescente: restante de neoplasias malignas (maioria homens), neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmões (maioria homens), neoplasias malignas do cólon, reto e ânus (maioria mulheres) e neoplasias malignas do estômago (maioria homens) (BRASIL, S.d.; MINAS GERAIS, S.d.).

Nos últimos 5 anos, o número de nascidos vivos no município foi de 2.516, sendo 1.292 homens e 1.224 mulheres. A maioria destes partos foi cesariano (2.191), a maioria das gravidezes foi única (2.462) e a maioria das gestações durou entre 37 e 41 semanas (1.994). Além disso, o peso ao nascer desses recém-nascidos (RN) foi, em média, de 3.000-3.999 gramas, isto é, poucos foram os de baixo peso (255) e os de muito baixo peso (32). O APGAR no 1’ desses RN foi, em sua maioria, maior que 7 (2.330) e apenas 16 foram menores ou iguais a 3; o APGAR de 5’, por sua vez, também foi, em sua maioria, maior que 7 (2.484) e, neste minuto, apenas seis foram menores ou iguais a 3. Dos 2.516 RN, apenas 22 nasceram com anomalias congênitas, o que representa apenas 0,87% da amostra (BRASIL, S.d.; MINAS GERAIS, S.d.).

Esses dados de natalidade e de nascidos vivos, com poucos RN de baixo peso e com APGAR crítico, talvez reflitam condições maternas, como idade da mãe à época da gestação, escolaridade e número de consultas pré-natais realizadas. A idade média das mães, por exemplo, foi maior que 25 anos (1.558), sendo que 58 estavam acima de 40 anos (2,3%). Apenas dez casos de gravidez em crianças menores de 14 anos (0,39%) foram registrados. Porém, quando se considera a faixa etária completa da adolescência, que vai até os 19 anos, o número de casos de gravidez precoce sobe para 337 (13,3%). A escolaridade média das mães variou de 8-11 anos (1.532), o que corresponde ao ensino fundamental completo e médio incompleto. Apenas 460 mães tinham ensino fundamental incompleto (18,2%) e somente quatro mães não possuíam qualquer escolaridade (0,15%). Além disso, quando se analisa o número de consultas pré-natais realizadas, observa-se que a maioria realizou mais do que as seis consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (80,6%), o que diminui as chances de intercorrências na gravidez. Apesar disso, como se observou na tabela de morbidade, o número de internações associadas à gravidez é significativo, o que corrobora a ideia estabelecida de que muito mais importante do que o número de consultas pré-natais é a qualidade delas (BRASIL, S.d.; MINAS GERAIS, S.d.).

Quanto aos agravos de notificação compulsória em 2019, percebe-se uma predominância de novos diagnósticos de AIDS e uma alta porcentagem de preenchimento inadequado das notificações de dengue. Com-

parando os dados de 2010 aos de 2019, nota-se que o gasto total da cidade com internações quase triplicou e houve uma mudança de perfil, com as doenças infectoparasitárias tomando o lugar das do aparelho digestivo (BRASIL, S.d.; MINAS GERAIS, S.d.).

O ambiente físico do território

Em relação aos aspectos urbanísticos gerais, observa-se que todas as ruas são pavimentadas e têm adequada coleta de lixo, entretanto, um dos problemas de urbanização da cidade é a escassez de árvores, o que aumenta o fenômeno de "ilha de calor", principalmente na região central da cidade. Nota-se também um grande número de cachorros de rua, o que contribui para a frequência dos episódios de mordedura, que acabam por exigir o uso de recursos de saúde de alto custo relativo, como o soro antirrábico.

As condições gerais de moradia são relativamente homogêneas, com casos pontuais de casas precárias e de grandes mansões, sendo que, mesmo em bairros mais simples, todas são de alvenaria e, em sua maioria, com reboco.

Os serviços oferecidos

Percebe-se, como citado anteriormente, um comércio dinâmico e diversificado na cidade. Quanto à educação, a cidade possui diversos locais de ensino. As escolas públicas são muito bem construídas e preservadas e, de acordo com a população, possuem um ótimo ensino. Também é notável o número de escolas particulares de inglês na cidade, remetendo a um alto nível de ensino e demanda por parte dos alunos. De acordo com dados da vigilância em saúde do estado, foi possível verificar que Lagoa da Prata se destaca pelo seu ensino fundamental e médio.

Em relação ao funcionamento do sistema de saúde na cidade, percebe-se dificuldade de algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em cumprir os papéis da Estratégia de Saúde da Família (ESF) – promoção, prevenção e reabilitação da saúde – devido ao distanciamento em relação à área de abrangência, sendo o principal exemplo a UBS Monsenhor Alfredo Dohr. Além disso, é importante ressaltar que, devido à expressiva rotatividade de médicos na UBS, muitos pacientes ficam por longos períodos transicionais com medicações inadequadas e sem ajustes; e muitos outros ficam com acompanhamento precário durante este tempo.

Outro problema encontrado é referente à infraestrutura tecnológica nas UBS, pois não existe informatização automática dos prontuários, ou seja, é necessário que as evoluções sejam todas escritas à mão e para então serem repassadas ao sistema, que por sua vez será substituído por outro em alguns meses. Por conta disso, não é possível fazer levantamentos epidemiológicos dos dados coletados a cada anamnese; também não há conexão com o sistema das outras unidades de saúde, de modo que não é possível ser feito um levantamento de dados gerais por meio de software. Além disso, caso o paciente seja atendido em outro local, não é possível acessar a evolução e conduta deste outro serviço. Todos esses fatores elencados dificultam tomadas de decisão assertivas, baseadas em dados, para melhorar a qualidade da assistência em saúde no município, principalmente na área em que se situa a UBS Monsenhor Alfredo Dohr.

Existe também uma falta de comunicação prejudicial entre a UBS e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com conflitos entre as equipes centrados no fluxo de encaminhamento de pacientes entre as esferas de assistência. Observou-se uma sobrecarga do setor da Fisioterapia na cidade devido ao desconhecimento, por parte dos médicos, das reais

funções desses profissionais e de como eles podem de fato contribuir para a saúde do paciente.

O referenciamento da cidade para outras especialidades é complexo e confuso; algumas especialidades que contam com profissionais na cidade acabam tendo de ser referenciadas para outros municípios devido a um desentendimento entre a prefeitura e o hospital, que até então fornecia esses serviços de fisioterapia

CONCLUSÃO

Lagoa da Prata é uma cidade de IDH alto, sem desigualdade social expressiva e que possui, de forma geral, uma boa estrutura urbana. No entanto, no que tange à saúde, alguns aspectos chamam atenção: a mudança no perfil de gastos relativos a doenças, com as doenças infectoparasitárias tomando o lugar das do aparelho digestivo; o relacionamento conturbado entre as esferas da saúde pública; a dificuldade no acesso ao serviço de saúde e, principalmente, a falta de infraestrutura tecnológica das UBS, o que dificulta a tomada de decisões assertivas para melhorar a qualidade assistencial. Assim, a partir da coleta de informações, da leitura dos dados epidemiológicos e estatísticos já existentes e da observação da dinâmica social, econômica e política da cidade é possível visualizar que o investimento em tecnologia para os Centros de Saúde poderia aumentar a eficiência e a qualidade do serviço.

Com base no desenvolvimento deste breve estudo, foi possível perceber que, para além de auxiliar os trabalhadores da saúde em seus diagnósticos diferenciais, a epidemiologia baseada no método da estimativa rápida pode ser uma ferramenta muito útil para estabelecer os determinantes de saúde de uma localidade e auxiliar na elaboração de políticas que visam reduzir os problemas encontrados. A percepção integrada e longitudinal da saúde de um grupo de pessoas é fundamental para todos os envolvidos no desenvolvimento das políticas preventivas e pode ser reforçada por pequenos e constantes esforços das equipes da saúde básica em realizar estudos como este.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Informações de Saúde Minas Gerais. DataSUS, S.d. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm. Acesso em: 01 mar. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Lagoa de Prata – Panorama. IBGE, 2020. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lagoa-da-prata/panorama. Acesso em: 01 mar. 2020.

KLEBA, M.E. *et al*. Estimativa rápida participativa como ferramenta de diagnóstico na Estratégia Saúde da Família. Revista Grifos, v. 24, p. 159, 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Dados epidemiológicos de Lagoa da Prata. Portal da Vigilância em Saúde, S.d. Disponível em: http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/informacoes-de-saude/informacoes-de-saude-tabnet-mg/. Acesso em: 07 mar. 2020.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 24

A NOTORIEDADE DE UMA EQUIPE MÉDICA MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO PRIMÁRIO À SAÚDE

AUTORES

LETTÍCIA TENÓRIO CAVALCANTI[1]
YAHANNA DA COSTA ANACLETO ESTRELA[1]
MARIA EDUARDA ALVES OLIVEIRA[1]
TAINAH GUERRA PEREIRA[1]
MARIA AIRAM HOLANDA DOS SANTOS[1]
LETÍCIA LEITÃO CAVALCANTI[1]
KALINE LOPES DA SILVA[1]
FÁVILLA VIVIANNE DA SILVA PINTO[1]
LUCAS CRUZ TORRES[1]
OZENY DE SOUSA MOURA[1]
JUANA NAHOMI PAULET KERRY[1]
FRANCISCO GENILDO DA SILVA[1]
ANDRÉIA KARLA ANACLETO DE SOUSA[2]

FILIAÇÃO

1. Discente – Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cajazeiras).
2. Docente – Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cajazeiras).

Palavras-chave: Equipe multiprofissional; Equipe de Saúde; Atenção Primária.

INTRODUÇÃO

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o da integralidade, que busca garantir acesso à saúde contemplando os três níveis de atenção, primário, secundário e terciário, além de enxergar o paciente como um todo, levando em consideração o ambiente no qual ele está inserido, seu contexto social e também familiar (SOUZA *et al.*, 2012).

Dentro do nível primário, a Atenção Primária à Saúde (APS) é tida como o primeiro contato do paciente com a medicina, sendo, portanto, uma das portas de entrada do SUS. Segundo o Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Primária à Saúde refere-se a ações que envolvem promoção e prevenção à saúde individual e coletiva, além de coordenar o encaminhamento de pacientes para as outras áreas, secundária e terciária, quando houver necessidade de atendimento especializado (OLIVEIRA *et al*., 2017).

De acordo com Barreto *et al*. (2019), é necessário que a APS seja desenvolvida de forma descentralizada, tendo em vista sua localização próxima da comunidade que irá ser assistida pela rede em que está inserida. As comunidades possuem complexas necessidades de saúde, o que exige uma visão para além da observação do processo de doença. Há determinantes, como moradia, alimentação, epidemiologia local e valores culturais e psicológicos que interferem no processo saúde-doença do paciente.

Na busca de reorganizar esse nível de atenção e fornecer uma assistência integral ao paciente, o Ministério da Saúde implementou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma estratégia para expandir, qualificar e consolidar a APS. A implementação dessa estratégia reafirmou o princípio de integralidade, tendo em vista que a organização de trabalho proposta pela ESF é baseada na junção de diferentes profissionais. Isso favorece a visão do paciente e da comunidade como um todo, levando em consideração os seus determinantes de saúde e garantindo a qualidade na assistência e reabilitação do paciente, além de facilitar a tomada de decisões em um futuro diagnóstico (BARRETO *et al*., 2019).

A equipe de Estratégia de Saúde da Família é composta por, no mínimo: Médico (generalista, especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade), Enfermeiro (generalista ou especialista em Saúde da Família), Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Também pode-se contar com Cirurgião-dentista (generalista ou especialista em Saúde da Família) e Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal. Em conjunto à ESF, há a atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), criado em 2008 pelo Ministério da Saúde com a finalidade de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil. O NASF configura-se como uma equipe multiprofissional que atua integralmente com as equipes de Saúde da Família, com as equipes de Atenção Básica para populações específicas e com o Programa Academia da Saúde (BARRETO *et al*., 2019; OLIVEIRA *et al*., 2017; SOUZA *et al*., 2012).

Segundo Barreto *et al*. (2019), as práticas de promoção à saúde são de responsabilidade da atuação conjunta dessas equipes. Na APS, essas práticas são expressas através da educação em saúde, sendo capazes de promover assistência integral e tornar os usuários ativos na busca pela saúde. Dessa forma, a promoção à saúde tem em suas práticas o objetivo de dar autonomia aos pacientes, fazendo com que estes deixem de atuar de forma passiva, e estimular o autocuidado, através da busca por uma melhor qualidade de vida, tanto individual quanto coletivamente.

Dessa forma, quando as práticas de promoção de saúde, fundamentadas na educação em saúde, são desenvolvidas por uma equipe de saúde multiprofissional, é possível observar maior variedade de atividades e ações, o que contribui para uma melhor adesão por parte dos usuários do sistema. É possível perceber que a partir dessa atuação os profissionais de saúde passam a assumir uma responsabilidade que vai além da prática clínica, com o fortalecimento individual e coletivo das pessoas inseridas na comunidade na qual o sistema atua, tornando-as agentes ativos na busca de uma melhor qualidade de vida (ARAÚJO *et al*., 2020).

Portanto, destaca-se a importância de equipes multiprofissionais trabalharem em colaboração na busca por serviços mais competentes e resolutivos, enxergando os pacientes na sua totalidade humana, além de atuarem na promoção e prevenção à saúde individual e coletiva. Com o objetivo de analisar a importância da multidisciplinaridade na Atenção Primária à Saúde, o presente estudo irá detalhar a colaboração dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família e Atenção Básica.

MÉTODO

A elaboração do presente capítulo ocorreu no período de setembro de 2021, empregando-se como metodologia uma revisão integrativa da literatura, realizada a partir de um levantamento nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), cujo acesso se deu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Atenção Primária à Saúde”, “Equipe de Assistência ao Paciente” e “Equipe multiprofissional”.

Com o intuito de complementar o banco de dados, realizou-se uma pesquisa na BVS, aplicando-se os DeCS: “Equipe de Saúde” e “Unidade Básica de Saúde”.

Em ambas as buscas, foram incluídos artigos que apresentavam texto completo e disponível gratuitamente, nos idiomas inglês, português e espanhol e publicados entre os anos 2016 e 2021. No total, foram recuperados 111 artigos.

Ademais, foram excluídos os trabalhos que não se relacionavam diretamente com a temática ou que a abordavam de maneira superficial. Após a aplicação dos critérios de relevância do tema, obteve-se como amostra final um total de 45 artigos. Além disso, os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias profissionais de uma equipe de Atenção Primária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Importância Geral

A implementação da prática multiprofissional na atenção primária é promovida para melhorar a qualidade e a segurança da prestação de cuidados e os resultados de saúde para os pacientes (WRANIK *et al.*, 2019). Os estudos analisados trouxeram fortes evidências de que a prática multiprofissional na atenção básica é eficaz e permite a continuidade do cuidado e satisfação do provedor e do usuário (WRANIK *et al.*, 2019; LEE *et al.*, 2021).

A meta-análise de Lee *et al.* (2021) indica que o cuidado colaborativo é mais eficaz do que o cuidado primário usual para pacientes em diversos cenários clínicos (SAINT-PIERRE *et al.*, 2018). Os estudos utilizados como base para elaboração deste capítulo trazem ainda a importância em cenários clínicos específicos, como a importância da multidisciplinaridade da atenção primária no cuidado de adultos com transtornos de ansiedade comuns e com transtorno do pânico em particular, em que essa

estratégia teve efeito benéfico, pequeno e médio, respectivamente (LEE *et al.*, 2021). Outros resultados específicos foram encontrados no estudo de Wranik *et al.* (2019), que sugerem a existência de uma associação positiva da abordagem multiprofissional em cuidados primários de adultos com diabetes e/ou hipertensão.

Médico

O médico na Estratégia de Saúde da Família admite um papel diferenciado, tanto dentro quanto fora do consultório. Dentro do consultório, o médico passa na continuidade do contato com o paciente a não apenas o entender como uma doença específica, mas em um processo de relação com o histórico já apresentado por ele. Além disso, cabe ao médico a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, caso a Unidade Básica de Saúde tenha estrutura adequada (como cantoplastia e retirada de lipoma) e, desde que capacitado, de outros procedimentos como retirada e colocação de Dispositivo Intrauterino (DIU) (SAINT-PIERRE *et al.*, 2018; BERGALLO, 2021).

Ademais, compete ao Médico da Família e Comunidade o entendimento de que nem todo processo de adoecimento terá resolutividade total na atenção primária, cabendo a este o bom entendimento dos mecanismos de referência, assim como, de contrarreferência, para a continuidade desse cuidado e a reabilitação do paciente na atenção primária (JUNQUEIRA, 2015; BERGALLO, 2021).

No que concerne ao ambiente extra consultório físico, o entendimento de que muitas vezes esse consultório pode ser remodelado para um atendimento domiciliar ou em zona rural ou mesmo em rodas de conversas que forneçam não só atendimento adequado, mas também promoção das atividades de educação em saúde. No extra consultório, o médico ainda tem papel administrativo na discussão de casos e no processo de melhoria da qualidade dos serviços (JUNQUEIRA, 2015; SAINT-PIERRE *et al.*, 2018; BERGALLO, 2021).

Outrossim, junto a todos esses processos, o médico deve estar capacitado e preparado para o entendimento de que o cuidado é multiprofissional e que, para isso, ele deve fornecer escuta ativa e diagnóstico compartilhado com os diversos profissionais que compõem a Unidade Básica de Saúde (UBS) e que corroboram o sucesso no diagnóstico, como Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros, Técnicos, Odontólogos, Psicólogos e outros profissionais que possuem importância primordial para o fornecimento de um serviço adequado aos usuários (JUNQUEIRA, 2015; SAINT-PIERRE *et al.*, 2018; BERGALLO, 2021).

Enfermeiro

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é tida como a principal estratégia de promoção à saúde da população, levando um atendimento multiprofissional, focado na prevenção e desvinculado da antiga estratégia centrada apenas em consultas médicas. Para que a população receba um atendimento integral e de qualidade, a equipe multiprofissional deve ser organizada e os seus profissionais devem possuir múltiplos saberes, os quais vão transpor seus conhecimentos técnicos e chegar a uma realidade que inclua conhecimentos políticos, administrativos e sociais (MATTOS & BALSANELLI, 2020).

Com a implementação da Estratégia de Saúde da Família, o enfermeiro tornou-se uma peça importante presente, obrigatoriamente, nessa equipe multiprofissional, assumindo uma posição de liderança baseada no bem-estar da população, preconizando a responsabilidade, o comprometimento e a comunicação com a

comunidade (MATTOS & BALSANELLI, 2020).

Na Atenção Básica (AB), o enfermeiro assume diversas funções em parceria com os outros integrantes da equipe multiprofissional. Essa parceria preconiza a consulta compartilhada, baseada em ações que promovam a integralidade e a prevenção de doenças, tanto do indivíduo quanto da família e da comunidade. No entanto, é importante ressaltar que o trabalho multifuncional do enfermeiro na APS assume, muitas vezes, situações de tensão e desgaste pessoal, devido à posição de "faz tudo" que alguns destes profissionais são inseridos, em detrimento de situações desfavoráveis exigidas em um contexto de ritmo acelerado, superlotação, falta de profissionais e infraestrutura precária. Assim, o enfermeiro incorpora ao seu trabalho na AB a autoculpabilidade e a pressão pessoal, além de sobrecarga e exploração do trabalhador (PEDUZZI *et al.*, 2019).

Com a implementação do SUS e o fortalecimento da AB, é possível notar que os cuidados preventivos contribuíram para uma melhor qualidade de vida da população e, consequentemente, para um aumento da expectativa de vida. Tal contexto exige maior integralidade da equipe multiprofissional, a fim de atender às demandas sociais. Assim, o enfermeiro possui um papel fundamental nessa conjuntura, pois ele atua em todos os níveis da AB, da entrada do paciente à continuidade do serviço. Eles também assumem papéis técnicos, como troca de curativos, administração de medicamentos e primeiros socorros, mas também assumem papéis político-sociais, como de acompanhamento da qualidade de vida e orientação da comunidade-alvo sobre a prevenção de doenças, e papéis administrativos, como supervisionar transferências de dados entre níveis de atenção e solicitação de equipamentos (NORFUL *et al*., 2017).

Assim, o profissional da enfermagem torna-se essencial na composição da equipe multiprofissional de atendimento à população, amplificando o modelo de assistencialismo e cuidado, através de uma abordagem integral, humanizada e que engloba diversos ambientes de atuação profissional, contemplando, assim, uma atenção voltada ao indivíduo, à família e à comunidade (PEDUZZI *et al.*, 2019).

Agente comunitário

O cuidado em saúde na atenção básica, como já descrito, é estruturado a partir da organização de equipes compostas por multiprofissionais, entre eles está o agente comunitário de saúde. À vista da necessidade de constituir uma relação mais próxima entre os serviços de saúde e a comunidade, o ACS compõe a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com objetivo de estabelecer o contato da comunidade, integrando aos serviços e às atividades desenvolvidas no posto de saúde da região geográfica situada (REIS *et al.*, 2016).

Em sua maioria, os ACS são profissionais que residem e convivem diariamente na comunidade na qual prestam o serviço, dessa forma conhecem de perto a realidade dos moradores do bairro e obtêm uma visão mais ampliada acerca de suas necessidades de saúde, sociais e/ou culturais. Por conseguinte, os ACS são capacitados para realizar a escuta, identificar e monitorar as demandas de saúde, além de direcionar demandas para o posto de saúde e para os outros profissionais que compõem a equipe (SIGNORELLI *et al.*, 2018).

O serviço do ACS consiste nos mais diversos afazeres, como a visita domiciliar, organização e gerenciamento de encaminhamentos à unidade de marcação, esta-

belecimento de acordos e informações da unidade básica à comunidade, acolhimento do paciente ao serviço de saúde, além de promoção e prevenção da saúde (ESCALDA & PARREIRA, 2018). Ademais, as atividades desenvolvidas pelos ACS vão de âmbito individual para a amplitude coletiva, podendo ser realizadas no posto de saúde, bem como nas residências dos moradores da comunidade, sempre com intuito de impactar famílias com a promoção da saúde através do vínculo (SILVA *et al.*, 2017).

Vale destacar que esse trabalho é fundamental para que o serviço de saúde seja integralizado a todas as famílias e seus contextos, posto que os agentes comunitários tendem a ter um vínculo mais proximal, o que auxilia na compreensão da necessidade real da comunidade na qual a UBS está inserida (ROCHA *et al.*, 2020). Portanto, devem ser discutidas novas abordagens de valorização do ACS, dado o seu valor para o funcionamento da ESF no contexto brasileiro, principalmente em regiões socioeconômicas precárias (MELO *et al.*, 2018).

Cirurgião-dentista

Durante muito tempo, a odontologia era vista pela sociedade como mutiladora, servindo apenas para extração dentária, e o cirurgião-dentista era visto como atuante apenas na parte clínica. Expressões populares como “não quero ir”, “tenho medo de ir ao dentista”, eram muito comuns. Essa visão limitada da profissão foi influenciada pelo inexpressivo investimento em políticas públicas de saúde bucal, o que tornava o serviço difícil e reduzido a poucas aplicações odontológicas (SILVA & GOTTEMS, 2017).

Em 2003, esse cenário começou a mudar. O Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Programa Brasil Sorridente. O principal objetivo deste programa é desenvolver uma série de medidas que garantam ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde bucal, fundamental para a qualidade de vida e saúde geral do indivíduo, da família e da comunidade (SILVA & GOTTEMS, 2017). Nesse contexto, o cirurgião-dentista passou a ter competências para melhorar o estado de saúde dos brasileiros, oferecendo serviços além da extração dentária e atuando de forma integrada com a equipe de saúde, mudando o panorama geral da profissão junto à sociedade e à prática individual centrada na doença, modelo que permeava a odontologia até então (EMMI *et al.*, 2021).

Além disso, o profissional odontólogo atende urgências e realiza pequenas cirurgias ambulatoriais na Atenção Básica; realiza o diagnóstico e traça o perfil epidemiológico da comunidade para o planejamento em saúde bucal; quando necessário, encaminha e orienta os usuários do sistema a outros níveis de assistência; coordena e participa de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; e acompanha, apoia e desenvolve atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família (BRASIL, 2008).

É notável, portanto, a relevância da atuação do cirurgião-dentista na equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, e na qualidade de vida da população, ofertando diversos serviços, como: implantes; limpeza; aplicação de flúor; exames bucais para detecção de câncer bucal, infecções ou outras doenças; aparelho dentário gratuito; restaurações; tratamento de cáries; retirada de dentes do siso; biópsias e cirurgias (BRASIL, 2008).

Farmacêutico

Dentre os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais na APS, para a organização do processo de trabalho, encontram-se os farmacêuticos, seja em equipes de referência do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) ou atuando em Centros de Saúde (BARBERATO *et al.*, 2019). A presença desses profissionais na equipe de atenção básica tem se mostrado relevante na efetividade e no melhor custo-benefício das intervenções direcionadas, auxiliando na manutenção de uma maior comunicação e no estabelecimento de relações interpessoais que garantam a centralidade do cuidado no paciente, promovendo um tratamento contínuo, integral e responsável (MELO & CASTRO, 2017).

O trabalho desse profissional é de extrema importância para a eficácia dos sistemas de saúde, focando na implementação de estratégias para o uso consciente e racional dos medicamentos, tendo em vista evitar consequências danosas e repercussões financeiras. Atualmente, estudos mencionam os farmacêuticos como educadores responsáveis por esclarecer e, com isso, identificar, prevenir e resolver problemas relacionados a medicamentos, proporcionando benefícios para a saúde (BARBERATO *et al.*, 2019).

Apesar dessa relevância, a escassez de farmacêuticos no sistema público é uma questão que merece destaque. Isso leva à sobrecarga de trabalho, que ainda é agravada pela falta de reconhecimento e pelas dificuldades de integração na equipe, bem como pela escassez de recursos e de tecnologias necessárias. Esses são alguns dos desafios ainda enfrentados por esses profissionais, além da falta de medicamentos ou de prescrições com informações fidedignas e necessárias acerca desses fármacos (BARBERATO *et al.*, 2019).

Dessa forma, é inegável a necessidade de buscar maior integração dos farmacêuticos na equipe de atenção para garantir a satisfação dos pacientes, através da adoção do melhor tratamento, sobretudo devido ao envelhecimento da população e consequente aumento da demanda de medicamentos, o que torna sua relevância ainda mais evidente (HAZEN *et al.*, 2018).

Diante disso, algumas práticas de atenção primária adotaram um farmacêutico não dispensador (PDN) ou farmacêutico clínico, para que fosse alcançada uma experiência específica e, com isso, garantida uma maior interação com os pacientes. Na prática, os PDN promovem aconselhamento e educação acerca dos medicamentos, concentrando-se nos casos de doenças crônicas na atenção primária, como diabetes e doenças cardiovasculares. Alguns desses profissionais se encontram totalmente integrados às equipes de saúde e outros permanecem temporariamente (HAZEN *et al.*, 2018).

Fisioterapeuta

A inclusão do profissional fisioterapeuta nas equipes de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, especialmente, na Estratégia de Saúde da Família, é de extrema importância, haja vista que contribui para a promoção de melhor qualidade de vida à população. Considerado como generalista, o fisioterapeuta é capacitado para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com autonomia e qualificação para desempenhar várias atividades, desde avaliar pacientes a planejar e programar ações preventivas (MAIA *et al.*, 2015).

A literatura, ao se referir à fisioterapia, retrata sua atuação através da aplicação de meios terapêuticos físicos, prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos, focando sua intervenção na promoção e na

educação em saúde, com o intuito de uma assistência integral, através de ações individuais e coletivas (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Diversos setores da sociedade se beneficiam com a intervenção deste profissional diante de algumas atividades específicas, como: avaliar as funções musculares e ergonômicas; estabelecer o diagnóstico fisioterapêutico; interpretar exames; realizar prognóstico; prescrever a conduta terapêutica; programar as estratégias de intervenção - objetivos, condutas e procedimentos -; e participar na elaboração de programas de qualidade de vida, em especial na educação em saúde, promovendo mudanças de hábito de vida, através de orientações aos pacientes, familiares e cuidadores (MAIA *et al.*, 2015).

Nutricionista

O profissional da nutrição geralmente está incluído na equipe multiprofissional do NASF. Ainda que não seja um profissional obrigatório da equipe de ESF, é um agente essencial para auxiliar a equipe da AB a cumprir o princípio de cuidado integral e a vertente do SUS relacionada à prevenção de doenças. O conjunto de profissionais multidisciplinares que incluem o nutricionista tem como principal função garantir uma mudança de atitude da equipe de ESF, por meio da ampliação das ações de atenção primária à saúde (REIS *et al*., 2016).

As ações voltadas para uma boa alimentação e nutrição no âmbito do atendimento primário pretendem ampliar a qualidade das intervenções e garantir uma assistência centrada e individualizada de acordo com o paciente, sobretudo em casos de doenças, no decorrer do desenvolvimento infantil, na gestação ou durante o período de amamentação. Dessa forma, o objetivo desses profissionais é assegurar a socialização do conhecimento acerca da importância da alimentação para a garantia de uma boa qualidade de vida para a população, uma vez que a prática alimentar saudável é importante em todas as fases da vida (REIS *et al*., 2016).

Psicólogo

A equipe do Programa de Estratégia de Saúde da Família é composta por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde e demais profissionais, como o psicólogo, formando uma equipe de apoiadores junto com o NASF. O profissional da psicologia é responsável por várias atividades em uma UBS, dentre elas: o estudo e a avaliação dos processos mentais e emocionais de indivíduos inseridos nas comunidades, contribuindo para construção de vínculos, aquisição de novos hábitos, prevenção de adoecimentos e empoderamento social. Os psicólogos possuem os desafios de incorporar-se à ESF e ao que ela tem de inovador, contribuindo com a reorganização da assistência e com a consolidação do aspecto integral do cuidado (MELO & GALINDO, 2018).

Na APS, o psicólogo entende que a saúde se relaciona com a produção de vida, sem uma unicidade do conceito, mas sob distintas formas, de acordo com o tempo e o espaço. Além de identificar a situação de saúde mental nos diferentes momentos da vida, é fundamental construir uma rede de cuidados, considerando a articulação com outros serviços, programas e setores que também contribuam para a integralidade da atenção. Em outras palavras, a psicologia atua com a comunidade e não apenas com o indivíduo; ela se aproxima da realidade social e cultural como um todo. Assim, a visita domiciliar é uma estratégia para o acompanhamento psicossocial, uma forma de atenção que possibilita auxiliar a compreensão da dinâmica familiar (MACHADO & CALAIS, 2018).

Nesse sentido, os psicólogos têm várias opções para atuação na ESF, podendo ajudar na prevenção de doenças e na diminuição de problemas psicológicos na parcela populacional atendida. Sua atuação no enfrentamento de desafios da equipe é primordial e de suma importância, tendo em vista uma enorme gama de benefícios resultantes do desempenho dos profissionais psicólogos para a comunidade (MELO & GALINDO, 2018).

A psicologia, assim como as demais profissões da saúde, conquistou mais um espaço na AB. Espera-se que a área seja cada vez mais aprimorada e produza mudanças na direção do cumprimento constitucional da saúde como direito de todos e que esse espaço conquistado seja de potência diante do "contraditório bloco de forças que compõem o território da saúde pública". Com o objetivo de construir novas condições de vida e saúde para toda população e, sobretudo, garantir a integralidade na atenção, faz-se necessária a adoção ou alteração de normas para assegurar a presença obrigatória de psicólogos na ESF (MELO & GALINDO, 2018).

CONCLUSÃO

Torna-se evidente a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar no atendimento primário à saúde. Os trabalhos encontrados corroboram sua eficácia e apontam que ela favorece o desenvolvimento de uma assistência integral e humanizada ao permitir uma visualização mais abrangente do cuidado, bem como mais resolutiva, uma vez que amplia as ações e os serviços ofertados na atenção básica e contribui com o planejamento e a execução de políticas públicas de saúde.

Vários profissionais estão aptos para atuarem na APS, podendo agregar de formas diferentes e complementares, com impacto direto para o usuário do sistema, mediante a realização de atendimentos e atividades individuais e coletivas e, indiretamente, por meio do exercício de funções administrativas e da troca de saberes dentro da própria equipe. Contudo, ainda existem impasses para a efetivação plena dessa realidade, como falhas de integração e sobrecarga, além da falta de valorização e de reconhecimento de muitas categorias.

Assim, faz-se necessário um debate mais extenso sobre a relevância da multidisciplinaridade na prática de saúde, com enfoque na atenção básica. Novos estudos devem ser realizados, principalmente com a finalidade de conhecer melhor o cenário brasileiro. Ademais, deve-se pensar na formação dos profissionais quanto ao trabalho em equipe e na construção de soluções para outras problemáticas relacionadas à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L.O. *et al*. Práticas corporais e educação em saúde: um relato de estudantes de fisioterapia na atenção básica. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 42, p. 741, 12 ago. 2020.

ARAÚJO, T.I. *et al*. Educação em saúde: um olhar da equipe multidisciplinar na atenção primária. Brazilian Journal of Development, v. 6, p. 16845, 2020.

BARBERATO, L.C. *et al*. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 3717, 2019.

BARRETO, A.C.O. *et al*. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, p. 278, 2019.

BERGALLO, R. Para além da consulta: quais são as atribuições do médico na Estratégia Saúde da Família? Pebmed, 2021. Disponível em: https://pebmed.com.br/para-alem-da-consulta-quais-sao-as-atribuicoes-do-medico-na-estrategia-saude-da-familia/. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

EMMI, D.P. *et al*. Perfil do cirurgião dentista das equipes de saúde bucal e inserção em ações de educação permanente na Região Norte do Brasil. Revista de Atenção à Saúde, v. 19, p. 66, 2021.

ESCALDA, P. & PARREIRA, C.M.S.F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, p. 1717, 2018.

HAZEN, A.C.M. *et al*. The degree of integration of non-dispensing pharmacists in primary care practice and the impact on health outcomes: a systematic review. Research in Social And Administrative Pharmacy, v. 14, p. 228, mar. 2018.

JUNQUEIRA, L.J. Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. Módulo Político Gestor da Estratégia de Saúde da Família. 2015.

LEE, J.K. *et al*. Assessment of Interprofessional Collaborative Practices and Outcomes in Adults With Diabetes and Hypertension in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Network Open, v. 4, p. e2036725, 2021.

MACHADO, C.B. & CALAIS, L.B. Entrelaçando (im)possibilidades: reflexões sobre a atuação da psicologia social comunitária na atenção primária à saúde. Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 13, p. 1, 2018.

MAIA, F.E.S. *et al*. A Importância Da Inclusão Do Profissional Fisioterapeuta Na Atenção Básica De Saúde. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 17, p. 110, 2015.

MATTOS, J.C.O. & BALSANELLI, A.P. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Enfermagem em Foco, v. 10, 2020.

MELO, D.O. & CASTRO, L.L.C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 235, 2017.

MELO, E.A. *et al*. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em Debate, v. 42, p. 38, 2018.

MELO, M.I.S. & GALINDO, W.C.M. O trabalho como residente de psicologia em equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 13, p. 1, 2018.

NORFUL, A. *et al*. Utilização de Enfermeiros Registrados nas Equipes de Atenção Básica: Uma Revisão Sistemática. Revista Internacional de Estudos de Enfermagem, v. 74, p. 15, 2017.

OLIVEIRA, E.A. *et al*. Atendimento multidisciplinar ao paciente de Atenção Primária: desafios da integração multissetorial. Revista Saúde em Foco, v. 9, p. 120, 2017.

PEDUZZI, M. *et al*. Expansion of the interprofessional clinical practice of Primary Care nurses. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 72, p. 114, 2019.

REIS, M.L. *et al*. Avaliação do trabalho multiprofissional do centro de apoio à saúde da família (NASF). Texto & Contexto - Enfermagem, v. 25, 2016.

ROCHA, K.B. *et al*. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na política de HIV/AIDS. Psicología, Conocimiento y Sociedad, v. 10, p. 19, 2020.

SAINT-PIERRE, C. *et al*. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. Family Practice, v. 35, p. 132, 2018.

SOUZA, M.C. *et al*. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe Saúde da Família sobre a fisioterapia. O Mundo da Saúde, v. 36, p. 452, 2012.

SIGNORELLI, M.C. *et al*. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 93, 2018.

SILVA, H.E.C. & GOTTEMS, L.B.D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 2645, 2017.

SILVA, M.A.C. *et al*. Entre os nós da rede de saúde mental: as práticas de agentes comunitários de saúde. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 40, 2017.

WRANIK, W. D. *et al*. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. Health Policy, v. 123, p. 550, 2019.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 25

A HANSENÍASE NO BRASIL: REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES

ALLANA VICTÓRIA PEREIRA ALVES[1]
ARÊTHA TALYTA CRUZ DA COSTA[3]
DÉBORAH AMORIM QUESADO[2]
EDISON LUIZ ABUGATTAS[5]
GABRIEL TELES DE SOUZA SIQUEIRA[1]
ISABELLA MARIA PIMENTEL BARBOSA[1]
ISADORA MAYSA DE SOUZA[1]
LUANA LÓCIO NUNES[4]
LUMA MARIA MANGUEIRA DANTAS[1]
MARIA CECÍLIA ALENCAR DE AMORIM[5]
MARIA LUÍSA ALVES DA SILVA[3]
NAYARA LOUIZE MOREIRA PINTO[5]
PAULO ROBERTO DA SILVA BRITO[3]
SOPHIA NOBRE DE MOURA[1]

FILIAÇÃO

1. Discente – Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).
2. Discente – Curso de Medicina da Faculdade Santa Maria (FSM).
3. Discente – Curso de Medicina do Centro Universitário Uninovafapi.
4. Discente – Curso de Medicina da Faculdade de Estácio de Juazeiro do Norte (FMJ).
5. Discente – Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

Palavras-chave: Hanseníase; Epidemiologia; Saúde pública.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, conhecida popularmente como lepra, consiste em uma doença infecciosa de alto contágio e de evolução crônica, causada pela *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, descoberta no ano de 1873 pelo cientista Armauer Hansen (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, S.d.).

A doença corresponde a uma das enfermidades mais antigas registradas no mundo, tendo em vista que os casos de hanseníase foram registrados há mais de 4000 anos na China, Egito e Índia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, S.d.).

Esta doença atinge principalmente a pele (**Figura 25.1**), as mucosas e os nervos periféricos. Em casos mais graves da hanseníase, o paciente pode desenvolver lesões neurais, acarretando diversos danos irreversíveis no caso de diagnóstico tardio ou o tratamento inadequado (JESUS *et al.*, 2021).

Figura 25.1. Hanseníase

Legenda: Lesão causada pela hanseníase em região facial pré-auricular. **Fonte:** Sociedade Brasileira de Dermatologia, S.d.

Com relação as formas de contágio da hanseníase, a *Mycobacterium leprae* é transmitida por meio do contato direto de gotículas de secreção nasal e/ou salivar do indivíduo doente na fase infectante da doença, denominada multibacilar (MB). O bacilo de Hansen tem alta capacidade infecciosa, acometendo principalmente indivíduos imunossuprimidos (JESUS *et al.*, 2021).

Além disso, o contato direto e prolongado com a pessoa doente em ambiente fechado, com pouca ventilação e sem luz solar, aumenta a chance de infecção. Porém, com o tratamento adequado os sinais e sintomas não se manifestam (SANTOS & IGNOTTI, 2020).

Os sinais e sintomas característicos da doença são principalmente as manchas hipocrômicas ou avermelhadas com sensibilidade térmica e/ou tátil; formigamento e câimbra nos braços e pernas; pápulas, tubérculos e nódulos, sem sintomatologia associada; febre e artralgia, geralmente associadas à linfodenopatia; e pele infiltrada, com diminuição ou ausência de suor local (SANTOS & IGNOTTI, 2020).

O objetivo deste estudo foi relatar a situação da hanseníase no Brasil.

MÉTODO

Pesquisa bibliográfica

Este trabalho consiste em uma revisão de literatura realizada através de levantamento bibliográfico nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizando os descritores “hanseníase”, “epidemiologia” e “saúde pública”. Buscou-se artigos apresentados na íntegra, publicados no Brasil entre os anos de 2018 e 2021, em língua inglesa ou portuguesa. Assim, foram recuperados 351 trabalhos, dos quais os critérios dessa triagem de 351 para cinco.

Pesquisa através de fontes oficiais

Além das referências recuperadas nas bases, foram utilizados dados fornecidos pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, entre 2018 a 2021, a respeito da hanseníase no Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme relatado por Soares *et al.* (2021), foram registrados 202.185 novos casos de hanseníase no ano de 2019 em todo o mundo, em uma proporção de 2,74 casos por 100 mil habitantes.

Corroborado a isto, no mesmo ano, o Brasil notificou 27.863 casos novos, correspondendo a cerca de 13,8% dos casos registrados no mundo e 93,1% nas Américas. Entre os indivíduos infectados e que tiveram acometimento físico, foi avaliado que 8,4% (2.351 pessoas) tiveram uma manifestação classificada como grau máximo da doença, condição que limita ou até impede a realização de atividades da vida diária, laborais e sociais. (SOARES *et al*., 2021).

Diagnóstico

O diagnóstico é baseado na história da evolução da lesão, na epidemiologia e no exame físico (nervos periféricos espessados e/ou lesões de pele ou áreas de pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil, alterações autonômicas circunscritas quanto à sudorese). Além disso, em alguns casos de difícil diagnóstico, são necessários exames subsidiários (baciloscopia e biópsia de pele) (NIITSUMA *et al.*, 2021).

Assim, o diagnóstico através dos exames é estabelecido principalmente pelo exame físico pela detecção do bacilo de Hansen na baciloscopia e/ou biópsia de pele (NIITSUMA *et al.*, 2021).

Tratamento

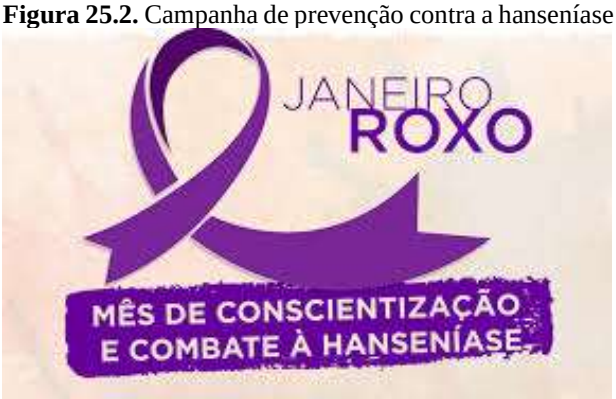
Conforme padronizado pela Organização Mundial de Saúde e indicado pelo Ministério da Saúde, a poliquimioterapia (PQT) é o tratamento realizado pelas unidades de saúde. Estre tratamento é constituído pelo conjunto dos seguintes medicamentos administrados de forma associada, a fim de evitar a resistência medicamentosa do bacilo: Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, (SOARES *et al.*, 2021).

Prevenção

A melhor forma de prevenção é através da vacina do Bacilo Calmette-Guérin (BCG) ao recém-nascido. Ademais, a quimiprofilaxia com dapsona pode reduzir o número de casos da forma tuberculoide, assim como evitar o contato prolongado em ambientes fechados com indivíduos infectados (LOPES *et al.*, 2021).

É essencial a realização de campanhas contra a hanseníase, organizadas pela atenção básica, como ilustrado na **Figura 25.2** (LOPES *et al.*, 2021).

Figura 25.2. Campanha de prevenção contra a hanseníase



Legenda: Campanha de prevenção, combate e conscientização à hanseníase. **Fonte:** Águas Lindas de Goiás, 2020.

CONCLUSÃO

A hanseníase consiste em uma doença altamente infecciosa, que tinge principalmente a pele e os nervos periféricos, resultando em

diversos danos irreversíveis nos casos mais graves.

Dessa forma, em 2019, foram registrados mais de 200 mil novos casos de hanseníase no Brasil, isto é, cerca de 13,8% dos casos registrados da doença em todo o mundo. Ademais, 8,4% dos registros foi classificado como estágio grave da doença. Isto posto, a hanseníase corresponde a uma doença de notificação compulsória e de responsabilidade pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS. Assessoria de Comunicação. Campanha Janeiro Roxo busca conscientizar sobre os riscos da hanseníase. Prefeitura de Águas Lindas de Goiás, 15 jan. 2020. Disponível em: https://aguaslindasdegoias.go.gov.br/destaques/campanha-janeiro-roxo-busca-conscientizar-sobre-os-riscos-da-hanseniase/. Acessado em: 20 out. 2021.

JESUS, J.D.S. *et al.* Idosos de uma antiga colônia brasileira de hanseníase: vulnerabilidade clínico-funcional e autopercepção vocal e auditiva. CoDAS, v. 33, e20200058, 2021.

LOPES, F.C. *et al*. Hanseníase no contexto da Estratégia Saúde da Família em cenário endêmico do Maranhão: prevalência e fatores associados. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 1805, 2021.

NIITSUMA, E.N.A. *et al*. Fatores associados ao adoecimento por hanseníase em contatos: revisão sistemática e metanálise. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 24, e210039, 2021.

SANTOS, A.R. & IGNOTTI, E. Prevenção de incapacidade física por hanseníase no Brasil: análise histórica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 3731, 2020.

SOARES, G.M.M.M. *et al*. Fatores sociodemográficos e clínicos de casos de hanseníase associados ao desempenho da avaliação de seus contatos no Ceará, 2008-2019. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, e2020585, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Hanseníase, S.d. Disponível em: https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/hanseniase/9/. Acesso em: 19 set. 2021.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 26

FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UTI

AUTORES

BARBARA BEATRIZ LIRA DA SILVA[1]
ANA KLARA RODRIGUES ALVES[1]
LARISSA DOS SANTOS SILVA[1]
FRANCISCO ROBSON DE OLIVEIRA ALVES[2]
ANNDERSON CARNEIRO DE OLIVEIRA[3]
LETÍCIA ALVES RODRIGUES SILVA[4]
FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA SEREJO JÚNIOR[5]
AMANDA MILHOMEM MEDEIROS[5]
NOÉ ARAUJO FORTES NETO[5]
VINICIUS ENRICO DE AZEVEDO[5]
DANIELLA PINELI CHAVEIRO COSTA[5]
VICTORIA ALVES PINHO[5]
PAULO EGILDO GOMES DE CARVALHO[5]
INÊS PORTELA PASSOS GALVÃO[6]
ISABELLA PINELI CHAVEIRO DE AZEVEDO[7]

FILIAÇÃO

1. Enfermeira – Universidade Estadual do Piauí (UESPI).
2. Fisioterapeuta – Residente da Universidade Federal do Piauí (UFPI).
3. Discente – Odontologia da Faculdade Uninassau.
4. Discente – Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí (UESPI).
5. Discente – Medicina da Faculdade de Ciência Humanas, Exatas e de Saúde do Piauí (FAHESP/IESVAP).
6. Discente – Medicina do Centro Universitário UNINOVAFAPI.
7. Discente – IMEPAC (Instituto Master de Ensino Presidente Antonio Carlos).

Palavras-chave: Pneumonia associada à ventilação mecânica; Unidade de terapia intensiva; Fatores de risco.

INTRODUÇÃO

No sistema de saúde, a pneumonia hospitalar é uma preocupação constante devido ao seu prognóstico da condição inicial e ao custo significativo de seu tratamento. Em unidades de terapia intensiva (UTI), entre pacientes intubados e ventilados mecanicamente, a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) geralmente está associada a altas taxas de mortalidade e morbidade. Os pacientes internados em UTI estão expostos a muitos fatores que podem causar pneumonia adquirida em hospital (PAH), um tipo específico de PAV. Os fatores de risco específicos para o desenvolvimento de PAV afetam os pacientes já na admissão na unidade e estão associados às doenças de base e aos procedimentos médicos invasivos a que são submetidos (WAŁASZEK *et al*., 2016).

Apesar do avanço nas técnicas assépticas, na terapia antibiótica e nos cuidados de suporte, a PAV continua a ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade em pacientes de UTI. A incidência continua alta, apesar da melhor compreensão dos fatores de risco. Não há consenso sobre as estratégias preventivas semelhantes às dos adultos, na forma de abordagem do *bundle* em crianças. Em 2004, o sistema Nacional de Vigilância de Infecções Nosocomiais (NNIS) dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos (EUA) relatou uma taxa média de VAP de 2,9 por 1000 dias de ventilação para Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) participantes nos EUA, enquanto estudos pediátricos em todo o globo relatam uma incidência de 2–17% (VIJAY *et al*., 2018).

Os fatores de risco para PAV em bebês e crianças variam um pouco daqueles em adultos. A inoculação do trato respiratório inferior anteriormente estéril normalmente ocorre por aspiração de secreções, colonização do trato aerodigestivo, uso de equipamento contaminado, medicamentos, presença de uma síndrome genética, reintubação, alimentação enteral, transporte para fora da UTIP e duração da ventilação mecânica. Os agentes etiológicos comuns que causam PAV são *Pseudomonas spp*., *Staphylococcus aureus* e vários bacilos Gram negativos (SAHILEDENGLE *et al*., 2020). Os fatores de risco de PAV em adultos incluem: colonização orofaríngea e gástrica, lesões térmicas; fatores pós-traumáticos de intervenção pós-cirúrgica, como intubação de emergência, reintubação, traqueostomia, broncoscopia e inserção de sonda nasogástrica; posicionamento corporal dos pacientes, nível de consciência, profilaxia de úlcera por estresse e uso de medicamentos, incluindo agentes sedativos, imunossupressão e antibióticos. Ainda há certa confusão na epidemiologia e nos critérios diagnósticos da PAV, embora haja grande avanço nas ferramentas microbiológicas e no esquema de tratamento com antimicrobianos. Isso afetou o diagnóstico rápido e o tratamento com antibióticos adequados, deteriorando o prognóstico do paciente e aumentando o número de novos patógenos resistentes a múltiplos medicamentos (MDR) (KHAREL *et al.*, 2021). O presente estudo teve como objetivo analisar quais são os fatores de risco para o desenvolvimento da pneumonia associada a ventilação mecânica nas unidades de terapia intensiva.

MÉTODO

O estudo teve como método a revisão integrativa da literatura, realizado via PubMed usando os cruzamentos os descritores em inglês "Pneumonia AND ventilator associated AND cross infection AND intensive care unit AND risk factors". Para a avaliação do problema de pesquisa e sua estratificação foi utilizada a estratégia PVO (População/ Problema, Variá-

vel/Resultados e *Outcomes*/ Desfechos) configurando a estratégia que pode ser observada no **Quadro 26.1**. A estratégia supracitada permitiu formular a seguinte questão norteadora: "Quais são os fatores de risco para o desenvolvimento da pneumonia associada a ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva?".

Quadro 26.1 Estratificação do problema de pesquisa seguindo estratégia PVO para formulação de pesquisa

P **População**	Indivíduos afetados pela PAV.
V **Variáveis**	Fatores de risco para o desenvolvimento de PAV na UTI.
O **Desfechos**	Verificar quais são os fatores de risco para o desenvolvimento de PAV na UTI.

Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos escritos na língua inglesa; publicados nos últimos cinco anos, que abordem os fatores de risco para o desenvolvimento de pneumonia associada a ventilação mecânica nas unidades de terapia intensiva, e na modalidade ensaio clínico. No que diz respeito aos critérios de exclusão, dispensaram-se artigos que se distanciavam da temática central desta revisão e trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados pesquisadas. Após a aplicação dos critérios, foram selecionados 15 artigos (**Quadro 26.2**), dos quais realizou-se uma leitura interpretativa buscando responder à pergunta de pesquisa desta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das buscas realizadas nas bases de dados, foram recuperados 231 artigos na base de dados PubMed e selecionados 15 artigos para a pesquisa.

Quadro 26.2 Distribuição dos artigos segundo título, autores, objetivo, abordagem, revista e ano

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO	ABORDAGEM	REVISTA	ANO
Ventilator Associated Pneumonia in Pediatric Intensive Care Unit: Incidence, Risk Factors and Etiological Agents	VIJAY *et al.*	Estudar incidência, etiologia e fatores de risco associados à pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em crianças.	Etiologia	Indian Journal of Pediatrics	2018
The risk factors for hospital-acquired pneumonia in the Intensive Care Unit	WAŁASZEK *et al.*	Avaliar os fatores de risco para PAV associada a um paciente e ao tratamento invasivo utilizado.	Fatores de risco e epidemiologia	Przegląd Epidemio-logiczny	2016
Staphylococcus aureus Ventilator-Associated Pneumonia: A Study of Bacterio-Epidemiological Profile and Virulence Factors	TILOUCHE *et al.*	Estabelecer o perfil clínico-epidemiológico da PAV relacionada ao *S. aureus* em unidades de terapia intensiva (UTI), estudar as características bacteriológicas, elucidar os fatores de virulência das cepas isoladas e comparar resultados aos dados da literatura.	Perfil clínico e tratamento	Current Microbio-logy	2021

Ventilator-associated pneumonia among ICU patients in WHO Southeast Asian region: A systematic review	KHAREL *et al.*	Revisar a literatura para descrever incidência, mortalidade e evidências microbiológicas da PAV e explorar estratégias de prevenção e controle.	Prevenção	PLoS One	2021
Incidence and risk factors for hospital-acquired infection among paediatric patients in a teaching hospital: a prospective study in southeast Ethiopia	SAHILEDE N-GLE *et al.*	Determinar a incidência e os fatores de risco de IRAS entre pacientes pediátricos no Hospital de Referência de Goba, no sudeste da Etiópia.	Epidemiologia	BMJ Open	2020
Microbial cause of ICU-acquired pneumonia: hospital-acquired pneumonia versus ventilator-associated pneumonia	LUYT *et al.*	O tratamento bem-sucedido de pacientes com pneumonia adquirida em hospital (HAP) e pneumonia associada à ventilação mecânica (VAP) continua sendo uma tarefa difícil e complexa. Obter conhecimento sobre os patógenos envolvidos nesse cenário pode permitir uma reavaliação das modalidades atuais de terapia e a definição de melhores protocolos.	Prevenção e tratamento	Current Opinion in Critical Care	2018
Antibiotic treatment of hospital-acquired pneumonia: is it different from ventilator-associated pneumonia?	NIEDERMA N	Comparar HAP e VAP, destacando diferenças na história natural, nos fatores de risco e na bacteriologia que requerem abordagem diferente para a terapia de HAP, em comparação com VAP.	Fatores de risco, prevenção e tratamento	Current Opinion in Critical Care	2018
Does ventilator-associated event surveillance detect ventilator-associated pneumonia in intensive care units? A systematic review and meta-analysis.	FAN *et al.*	Avaliar a consistência entre a vigilância EAV e a vigilância de PAV tradicional.	Prevenção	Critical Care	2016
Ventilator-Associated Pneumonia due to Drug-Resistant Acinetobacter baumannii: Risk Factors and Mortality Relation with Resistance Profiles, and Independent Predictors of In-Hospital Mortality	ČIGINSKIE NĖ *et al.*	Identificar a relação entre os fatores de risco para pneumonia associada à ventilação (PAV) e a mortalidade com os perfis de resistência de *A. baumannii*, e também estimar os preditores independentes de mortalidade intra-hospitalar.	Fatores de risco e tratamento	Medicina (Kaunas)	2019

Risk factors of ventilator-associated pneumonia in elderly patients receiving mechanical ventilation	XU *et al.*	Verificar potenciais fatores de risco de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes chineses idosos em ventilação mecânica (VM). O objetivo secundário deste estudo foi apresentar modelos de predição de regressão logística da ocorrência de PAV em pacientes chineses idosos em VM.	Fatores de risco e prevenção	Clinical Interventi-ons in Aging	2019
Incidence and risk factors of non-device-associated pneumonia in an acute-care hospital	STRASSLE *et al.*	Atualizar as estimativas atuais das taxas de pneumonia não associada ao dispositivo (pneumonia ND) e sua frequência em relação à pneumonia associada ao ventilador (PAV) e identificar os fatores de risco para pneumonia ND.	Prevenção e fatores de risco	Infection Control & Hospital Epidemio-logy	2020
Risk Factors of Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation	KÓZKA *et al.*	Avaliação retrospectiva dos fatores de risco de PAV em pacientes internados em unidades de terapia intensiva.	Fatores de risco	Internatio-nal Journal of Environ-mental Research and Public Health	2020
Effectiveness of Intraoral Chlorhexidine Protocols in the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: Meta-Analysis and Systematic Review	VILLAR *et al.*	Avaliar a eficácia de diferentes protocolos de clorexidina intraoral para a prevenção de PAV.	Prevenção e tratamento	Respiratory Care	2016
Comparision of risk factors and pathogens in patients with early- and late-onset ventilator-associated pneumonia in intensive care unit	LIANG *et al.*	Comparar os fatores de risco e a etiologia bacteriana em pacientes com pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) de início precoce e tardia em unidade de terapia intensiva (UTI).	Prevenção e fatores de risco	Zhonghua Nei Ke Za Zhi.	2017
Incidence, Microbiological Profile and Risk Factors of Healthcare-Associated Infections in Intensive Care Units: A 10 Year Observation in a Provincial Hospital in Southern Poland	KOŁPA *et al.*	Determinar a prevalência e o perfil microbiológico de IRAS em pacientes internados em uma UTI por um período de 10 anos.	Prevenção	Internatio-nal Journal of Environ-mental Research and Public Health	2018

Os fatores de risco específicos para o desenvolvimento de PAV afetam os pacientes já na admissão na unidade e estão associados às doenças de base e aos procedimentos médicos invasivos a que são submetidos (WAŁASZEK *et al*., 2016). Diferenças no avanço e disponibilidade de instalações de saúde, tipo de UTI, critérios para diagnosticar PAV, características do paciente diagnosticado com várias doenças, práticas da equipe médica, tempo de internação e uso de antibióticos em hospitais podem ser as mais prováveis causas para a variabilidade na taxa de PAV (KHAREL *et al.*, 2021).

Os fatores que afetam a ocorrência da PAV são complexos e diversos, dificultando seu manejo. Fatores de risco específicos incluem cateterismo traqueal, medidas de enfermagem, aumento da colonização de patógenos gastrointestinais superiores e aspiração de secreções contaminadas, lesões térmicas; fatores pós-traumáticos de intervenção pós-cirúrgica, como intubação de emergência, reintubação, traqueostomia, broncoscopia e inserção de sonda nasogástrica; posicionamento corporal dos pacientes, nível de consciência, profilaxia de úlcera por estresse e uso de medicamentos, incluindo agentes sedativos, imunossupressores e antibióticos (VILLAR *et al*., 2016; LIANG *et al*., 2017).

A idade avançada parece ser um fator predisponente para a PAV causada por *Staphylococcus aureuse (S. aureus).* Pacientes idosos têm o sistema imunológico comprometido e são mais propensos a infecções oportunistas, o que aumenta a probabilidade de VAP (XU *et al*., 2019). Porém, no estudo de Tilouche *et al*. (2021) a PAV relacionada ao *S. aureus* afetou uma população mais jovem. Quanto ao gênero, a doença foi mais comum em homens, o que pode ser explicado pelo fato de que dentro das unidades de terapia intensiva costuma haver uma distribuição desigual de pacientes em favor do sexo masculino (WAŁASZEK *et al*., 2016). Nas crianças, o organismo isolado mais comum foi *Acinetobacter* e os fatores de risco independentes são a alimentação enteral e o uso de inibidor da bomba de prótons (VIJAY *et al*., 2018).

Pesquisas indicam que corpos estranhos, como tubos endotraqueais ou gástricos, são a principal causa de PAV porque são mais facilmente colonizados por agentes patogênicos. É muito importante aprender sobre outros fatores - muitas vezes não modificados - que predispõem o paciente à ocorrência de PAV, como exemplo, comorbidades. Esse conhecimento permitirá uma observação mais rigorosa sobre a predisposição do paciente à PAV e possibilita o diagnóstico precoce no caso de sintomas emergentes (KOŁPA *et al*., 2018; KÓZKA *et al*., 2020).

Os microrganismos responsáveis por PAV se diferem segundo áreas geográficas, características específicas dos pacientes da UTI, internação e permanência na UTI antes do início da doença e fatores de risco para patógenos. No entanto, Luyt *et al*. (2018) mostraram que os bacilos Gram-negativo, particularmente *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterobacteriaceae*, são os agentes etiológicos comuns que causam PAV. Para Čiginskienė *et al*. (2019), o *Acinetobacter baumannii* é um dos patógenos causadores de PAV mais prevalentes.

Uma diminuição sustentada na oxigenação é um fator de risco independente para mortalidade em pacientes ventilados. Portanto, a maior taxa de mortalidade associada à PAV pode ser devido aos pacientes mais graves com oxigenação mais pobre (FAN *et al*., 2016). Agentes paralíticos e coma/estupor foram associados à PAV, o que sugere que a mobilidade limitada pode aumentar o risco do paciente. Pacientes com paralisia também

podem ter outros problemas neurológicos (por exemplo, dificuldade para engolir ou diminuição do nível de consciência), que também podem ser responsáveis pelo aumento do risco de pneumonia (STRASSLE *et al*., 2020).

Um modelo foi construído por Xu *et al*. (2019) a fim de prever a probabilidade de ocorrência de PAV em pacientes com ventilação mecânica em idosos chineses para identificar pacientes de alto risco infectados com PAV o mais cedo possível. Pelo modelo de predição de regressão logística verifica-se que o número de antibióticos administrados e os métodos de ventilação mecânica têm efeitos importantes na ocorrência de PAV, principalmente a traqueostomia no impacto da PAV.

CONCLUSÃO

A PAV é uma questão crítica na UTI, com alto custo e resistência emergente a antibióticos. Assim, são necessários programas educacionais de intervenção, como treinamento de pessoal, conscientização sobre higiene; uso da abordagem de pacote de ventilação e programas de vigilância que, juntamente com o tratamento dos possíveis fatores de risco, garante a participação ativa de médicos, profissionais de saúde, administração hospitalar e legisladores. Da mesma forma, testes precisos e abrangentes de suscetibilidade antimicrobiana e monitoramento contínuo, com a implementação de administração de antibióticos, podem reduzir o risco futuro de PAV nesta região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ČIGINSKIENĖ, A. *et al.* Ventilator-Associated Pneumonia due to Drug-Resistant Acinetobacter baumannii: Risk Factors and Mortality Relation with Resistance Profiles, and Independent Predictors of In-Hospital Mortality. Medicina (Kaunas), v. 55, p. 49, 2019.

FAN, Y. *et al.* Does ventilator-associated event surveillance detect ventilator-associated pneumonia in intensive care units? A systematic review and meta-analysis. Critical Care, v. 20, p. 338, 2016.

KHAREL, S. *et al.* Ventilator-associated pneumonia among ICU patients in WHO Southeast Asian region: A systematic review. PLoS One, v. 16, 2021.

KÓZKA, M. *et al.* Risk Factors of Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, p. 656, 2020.

KOŁPA, M. *et al.* Incidence, Microbiological Profile and Risk Factors of Healthcare-Associated Infections in Intensive Care Units: A 10 Year Observation in a Provincial Hospital in Southern Poland. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 15, p. 112, 2018.

LIANG, Y.J. *et al.* Comparision of risk factors and pathogens in patients with early- and late-onset ventilator-associated pneumonia in intensive care unit. Zhonghua Nei Ke Za Zhi, v. 56, p. 743, 2017.

LUYT, C.E. *et al.* Microbial cause of ICU-acquired pneumonia: hospital-acquired pneumonia versus ventilator-associated pneumonia. Current Opinion in Critical Care, v. 24, p. 332, 2018.

NIEDERMAN, M.S. Antibiotic treatment of hospital-acquired pneumonia: is it different from ventilator-associated pneumonia? Current Opinion in Critical Care, v. 24, p. 353, 2018.

SAHILEDENGLE, B. *et al.* Incidence and risk factors for hospital-acquired infection among paediatric patients in a teaching hospital: a prospective study in southeast Ethiopia. BMJ Open, v. 10, 2020.

STRASSLE, P.D. *et al.* Incidence and risk factors of non-device-associated pneumonia in an acute-care hospital. Infection Control & Hospital Epidemiology, v. 41, p. 73, 2020.

TILOUCHE, L. *et al.* Staphylococcus aureus Ventilator-Associated Pneumonia: A Study of Bacterio-Epidemiological Profile and Virulence Factors. Current Microbiology, v. 78, p. 2556, 2021.

VIJAY, G. *et al.* Ventilator Associated Pneumonia in Pediatric Intensive Care Unit: Incidence, Risk Factors and Etiological Agents. Indian Journal of Pediatrics, v. 85, 2018.

VILLAR, C.C. *et al.* Effectiveness of Intraoral Chlorhexidine Protocols in the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: Meta-Analysis and Systematic Review. Respiratory Care, v. 61, p. 1245, 2016.

WAŁASZEK, M. *et al.* The risk factors for hospital-acquired pneumonia in the Intensive Care Unit. Przeglad epidemiologiczny, v. 70, p. 15, 2016.

XU, Y. *et al.* Risk factors of ventilator-associated pneumonia in elderly patients receiving mechanical ventilation. Clinical Interventions in Aging, v. 14, p. 1027, 2019.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 27

BIOÉTICA APLICADA A SAÚDE: UMA PERSPECTIVA INTERNACIONALISTA

AUTORAS

MARIA LUCIA COSTA DE MOURA[1]
FLÁVIA CARINE BARRETO BRANDÃO[2]

FILIAÇÃO

1. Enfermeira doutora pesquisadora na Universidade Paulista (UNIP).
2. Enfermeira Especialista em Centro Cirúrgico. Intensivista no Hospital Glória Dor.

Palavras-chave: Bioética; Direitos Humanos; Ética; Saúde.

INTRODUÇÃO

Reflexões, ideias e ensaios que ofereçam padrões benéficos do que é falso e do que é verdadeiro à luz dos valores morais vigentes estão se tornando presentes na formação dos profissionais de saúde como biólogos, enfermeiros, advogados, economistas, engenheiros, jornalistas, entre outros.

Percebe-se, assim, que, além da formação para o exercício da profissão, há a necessidade premente da capacidade de reconhecer e analisar criticamente os conflitos éticos e suas possíveis implicações, com competência, responsabilidade e ética ao tomar decisões relacionadas à vida humana. Nessa perspectiva, o estudo teve como objetivo analisar a cooperação internacional entre os continentes, principalmente na área da Bioética, e quais as contribuições, desafios e possibilidades da política brasileira.

Conceituando a bioética no mundo atual e refletindo sobre as questões éticas que aparecem constantemente, pode-se referir à bioética como ciência da vida. É colocada em pauta a necessidade dos valores morais e os princípios ideais da conduta humana ao dizer que: "Para examinar a verdade, é necessário, uma vez na vida, colocar todas as coisas em dúvida o máximo possível".

Tendo em vista a conjuntura social contemporânea, na qual se constata uma ruptura entre a racionalidade e a moralidade, sabe-se que os propósitos da bioética são necessariamente limitados. A principal razão para essa ruptura intelectual advém de uma anemia crescente no debate público sobre a natureza e a função da moralidade – somente observa-se diferentes justificativas morais – que não mais referenciam a um Deus unificador, gênese do que é certo e do que é errado, do bom e do mal, fonte da moralidade durante séculos.

O objetivo deste estudo foi pesquisar publicações sobre a cooperação internacional na área de saúde entre os continentes, principalmente na área da Bioética, descrevendo desafios e perspectivas dos países quanto à diplomacia, política externa e relações internacionais envolvendo a Ética e a Bioética.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, cujos dados foram levantados nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Com a finalidade de delimitar o objeto de estudo e o campo de investigação para a realidade que se pretendeu apreender, foram selecionadas produções na forma de artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, levantados através da internet, livros e revistas e considerando como limite temporal o período compreendido entre 1995 a 2011.

O instrumento contemplou os dados: artigo ou matéria, autor(es), ano de publicação, tratando-se de um estudo descritivo quantitativo.

Essa pesquisa é classificada como: "atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados" (MINAYO, 1993).

A seleção baseou-se na pertinência dos assuntos aos objetivos deste trabalho, desconsiderados aqueles que, apesar de revelarem-se no resultado da busca, não abordavam o assunto sob o ponto de vista bioético universal.

Foram identificados, no total, 25 estudos, entre livros, revistas eletrônicas e impressos

sendo 17 itens no idioma português e disponíveis na íntegra e *online*.

"Questionamento sistemático crítico e criativo, mais a intervenção competente na realidade ou o diálogo crítico permanente com a realidade em sentido teórico e prático" (DEMO, 1996).

A análise dos dados extraídos dos artigos foi realizada de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

Assim, descrever, contar e classificar é condição para um bom observador.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Sabe-se que no campo da Bioética existem algumas questões introdutórias que se tornam importantes para se situar bem neste campo do saber. Do que se trata? Como proceder? A Bioética é uma ciência ou um tratado dentro da ciência? Ou seria simplesmente um campo de discussão para alguns temas específicos? Valls (1994) coloca que "A *ética* é daquelas coisas que todo mundo sabe o que são, mas que não são fáceis de explicar, quando alguém pergunta".

Alguns estudos recentes recuperaram a gênese histórica do termo bioética e, com ela, a intuição primeira dos que lançaram o termo para expressar um conjunto de desafios que emergiam para a humanidade. Como se sabe, o termo teria sido primeiramente lançado na década de 1970 por Van Rensselaer Potter, doutor em bioquímica, pesquisador e oncologista da Universidade de Wisconsin, nos Estados Unidos.

Uma grande parcela de autores e estudiosos não consegue perceber a diferença precisa entre ética (do grego *éthos*, modo de ser) e moral (do latim *mores*, costumes). Por isso, baseados unicamente na semelhança semântica dos termos, acabam tratando um como sinônimo perfeito do outro. Na prática dos profissionais de saúde, orientada por um código de ética profissional, a confusão ocorre entre o significado real de ética e o de deontologia (do grego *déon*, dever) (BARCHIFONTAINE & PESSINI, 2002).

Relação bioética e direitos humanos

Sob esta ótica, o Professor Van Rensselaer Potter lançou uma representação mental entre as ciências da vida e o estudo dos seres vivos, contribuindo com a progressão do conceito de bioética junto aos avanços da biomedicina. Uma contenda a respeito da ética na relação médico-paciente tornou-se presente no reconhecimento dos valores e mandamentos morais em que pode-se citar a Declaração de Nuremberg, pois busca promover a vida no decurso do livre agir já que a discussão dos problemas éticos começou a emergir em todas as áreas da medicina, despertando uma reflexão a respeito da dignidade do ser humano que é o ator principal dessa revolução, visto que conceber medicina separada da bioética não existe.

Com este entendimento, faz-se necessário abordar a correlação entre o nexo causal entre a bioética e os direitos humanos que juntos trabalham em defesa da vida e do respeito à mesma, ou seja, para perpetuar a vida. Os países abordados nos estudos recuperados, em sua grande maioria, refletem e respeitam a ética da vida com base na tríade *Ética, Bioética e Direitos Humanos.*

Assim, com enfoques pertinentes, é possível provar a cientificidade da gênese da palavra quando se usa os termos célula tronco, aborto, clonagem, eutanásia, fome, violência, enfim, a agressão ao ser humano.

Aragão (2000) vem afirmar que "os direitos, em função da natureza humana, devem ser reconhecidos universalmente pelos indivíduos e

humanidade, em geral, para que possam sobreviver e alcançar suas realizações".

Por outro lado, acompanhando as afirmações supracitadas, uma perspectiva mais constitucionalista e de acordo com os direitos humanos é justificada por um "conjunto institucionalizado de direitos e garantias do ser humano que tem por finalidade básica o respeito a sua dignidade, por meio de sua proteção contra o arbítrio do poder estatal e o estabelecimento de condições mínimas de vida e desenvolvimento da personalidade humana" (MORAES, 2002).

Pessini e Barchifontaine (1996) afirmam que "todo avanço científico que é feito pisoteando a dignidade humana leva consigo uma carga negativa e deve ser repensado".

Isto posto, as obrigações com os seres vivos, não apenas o Homem, se trata de um saber construído com valores morais, valendo a intuição, a razão, o objetivo e o subjetivo, o palpável e o imaginário, para que se possa nortear valores de experiências e reflexões, já que não se pode conscientizar ninguém, até porque mudar comportamentos é muito difícil considerando raças, credos, culturas e valores diferentes.

O Homem precisa ser visto como um ser transdimensional, com princípios norteadores, oposições e complementariedade, já que uma parte dele, como se sabe, fica no plano físico e a outra parte no plano espiritual.

Visto por outro aspecto, os historiadores raramente têm a oportunidade de registrar o nascimento de uma disciplina, especialmente se esta surge desvinculada de alguma descoberta científica importante. Na América Latina, a disciplina veio a ser incorporada hesitantemente à vida acadêmica. Na Argentina, Colômbia e Brasil, a bioética chegou com sucesso e aceitação.

Neste sentido, a bioética no Brasil tem pouco mais de 31 anos de atividades acadêmicas e institucionais, podendo ser considerada jovem e preocupada em refletir, compreender e resolver antigos e novos desafios trazidos pela tecnociência no mundo da saúde humana e da pesquisa biomédica.

Na verdade, a partir da década de 1990, a Bioética passou a ser discutida no Brasil com maior ênfase a partir de três fenômenos importantes e fundamentais: a fundação da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), em 1995, o lançamento da Revista Bioética pelo Conselho Federal de Medicina, em 1993, e a elaboração da Resolução 196/96, da qual o Dr. William Saad Hossne é considerado "pai intelectual", além de fundador da SBB.

Nesse contexto foi criada a Comissão de Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), uma comissão do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que estabeleceu as normas para a pesquisa ética em seres humanos em 1996. No que se relaciona, há 600 comitês de ética que contam com mais de dez mil colaboradores distribuídos por todo o Brasil.

Além disso, é independente de influências corporativas e institucionais. Uma das suas características é a composição multi e transdisciplinar, contando com a participação de todos os estados brasileiros.

Neste sentido, se propõe uma leitura crítica que é uma homenagem a todos aqueles que iniciaram a reflexão bioética na América Latina. A Argentina abriu o caminho ao implementar o primeiro programa ibero-americano de bioética no Instituto de Humanidades Médica, pelo Dr. Jose Alberto Mainetti, em 1972.

Com isso, o rápido avanço da tecnologia aliada à cientificidade formula questões, situações embaraçosas e até desafios éticos. As áreas que mais progrediram e, ao mesmo tempo, criaram questões éticas abrangentes e extensas,

mantendo a ligação com a área da atuação da Bioética, foram às áreas da saúde, do meio ambiente e da vida do ser humano como um todo. Sabe-se que dia após dia a sociedade vê-se diante de situações embaraçosas que só poderão ser somadas ou separadas dentro de uma percepção dualista multi e interdisciplinar, avaliando seus efeitos para o presente e o futuro.

O Uruguai talvez tenha sido o primeiro país do mundo a legislar sobre a possibilidade de realização da eutanásia no mundo. Em 1º de agosto de 1934, quando entrou em vigor o atual Código Penal uruguaio, foi caracterizado o "homicídio piedoso", no artigo 37 do capítulo III, que aborda a questão das causas de impunidade.

O Dr. Jiménez de Asúa foi um importante advogado espanhol, na área do Direito Penal, do início do século XX. Era político, maçom, eugenista e defendia o direito da eutanásia, caracterizando-a como "homicídio piedoso".

Em junho de 1925, o Dr. Jimenez proferiu palestras em Montevidéu sobre o tema do direito de morrer. Estas conferências foram publicadas pela Universidade da República e logo se esgotaram. O impacto destas conferências foi tão grande que a sua doutrina serviu de base para o estabelecimento do "Homicídio Piedoso" incorporado ao Código Penal uruguaio de 1934 (Lei 9.414, de 29 de junho de 1934).

No Chile, só houve um exemplo de institucionalização bem-sucedida, visto que, no início, os filósofos não demonstraram interesse nas questões médicas e biológicas. Só em 1983 foi criado, na Universidade do Chile, um Centro Interdisciplinar de Bioética, que elaborou os primeiros manuais de Bioética.

Visto por outro aspecto, no Paraguai, o desenvolvimento da bioética teve início no final dos anos 1980, com um crescimento um pouco mais lento que nos outros países da América do Sul. Ganhou força com a formação de comitês de bioética, grupos de estudos e cursos anuais, obtendo reconhecimento, no ano de 2004, de uma Comissão Nacional para o desenvolvimento da Bioética.

Assim, a primeira instituição civil foi a Pro Bioética, uma entidade sem fins lucrativos criada em junho de 1995. Ela foi concebida como instituição permanente de estudo, análise e capacitação para cooperar no processo de normatização do comportamento dos trabalhadores da saúde, de outros profissionais e da população em geral comprometida com o respeito à vida e o direito à proteção da saúde, integridade, autonomia, dignidade da pessoa humana e preservação dos ecossistemas.

Na Bolívia, os registros de atividades bioéticas datam do final de outubro de 1991 e início de novembro de 2001. O Comitê Impulsor de Ética e Bioética (CIEB) organizou o curso “Ética na pesquisa” e boas práticas clínicas com a colaboração do Colégio Médico Departamental de La Paz, contando com os professores doutores convidados Jaime Soto e Julia Toledo da Colômbia.

Vale ressaltar que são três documentos principais de caráter internacional que estipulam normas e diretrizes éticas para pesquisas com seres humanos. O Código de Nuremberg, em 1947, foi elaborado pelas forças armadas americanas para servir de subsídio aos juízes do Tribunal de Nuremberg, onde prevaleceram juízos de crimes contra a humanidade.

A Declaração de Helsinque, desenvolvida pela Associação Médica Mundial, na Finlândia, em junho de 1964, preconizou princípios éticos para fornecer orientações aos médicos e outros profissionais de saúde participantes das pesquisas clínicas envolvendo seres humanos.

Nesse contexto, para fazer pesquisas com o ser humano, o pesquisador deveria portar

material ou dados identificáveis, o que consta da 18ª Assembleia Médica Mundial, constante na emenda 29ª da Assembleia Médica Mundial em Tóquio, no Japão em outubro de 1975.

Em seguida, aconteceram a 35ª Assembleia Médica Mundial, na Itália no ano de 1983, a 41ª Assembleia Médica Mundial, em Hong Kong em setembro de 1989, a 48º Assembleia Geral na África do Sul, em outubro de 1993, e a penúltima Assembleia Geral, na Escócia no ano 2000. O terceiro documento são as diretrizes internacionais propostas para pesquisa biomédica com seres humanos, em 1982, pelo Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os três documentos foram elaborados por médicos ou por corporações com fortes características médicas e, em sua maior parte, dirigem-se a médicos e precipuamente a pesquisas médicas. Não se pode deixar de reconhecer, pois, forte viés médico tanto na gênese como no conteúdo dos documentos.

Com esse raciocínio, não causa espanto que a Bioética assume dimensões surpreendentes, até porque é muito divulgada, via TV, internet, revistas, jornais, estudos e notícias sobre algum fato que possa ter chocado a sociedade, assim como também existem várias ações e projetos de organizações e educacionais que fomentam e favorecem congressos sobre bioética.

Isto posto, vale lembrar que no Peru a bioética ainda não adquiriu identidade própria. A bioética vai além dos problemas éticos da prática médica. É necessário criar comitês de bioética que regulem as ações médicas relacionadas aos transplantes de órgãos, fato que mostra o reconhecimento do Peru em relação à disciplina.

Na verdade, o movimento da bioética no Peru começou em 1988, quando os diretores da Escola de Medicina do período iniciaram a convocação de vinte médicos com vocação ética para participarem de mesas redondas sobre ética, bioética e deontologia. Em março de 1993, ocorreu a primeira reunião preparatória da Associação Peruana de Bioética, contando com 70 profissionais convidados, dos quais 35 estiveram presentes. Finalmente, em 02 de maio de 1993, foi fundada a Associação Peruana de Bioética.

Cabe mencionar que a Constituição da República do Equador refere-se em direitos humanos explicitamente relacionados com vida, saúde, grupos de segurança, vulnerabilidade social, cultura, educação, ciência, tecnologia e meio ambiente, estabelecendo o equilíbrio cósmico de pessoas que unem suas culturas, sua história, seu habitat e sua sobrevivência, com orientação universalista da ética, combinando valores morais e científicos à tecnologia. A Política Nacional de Saúde baseia sua filosofia nos princípios de universalidade, equidade, solidariedade, qualidade, pluralidade, eficiência, ética e integridade

Na Colômbia, a bioética teve início em 1976. Dr. Jaime Escobar Triana, então diretor da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital San Juan de Dios do Centro Universitário da Faculdade de Medicina da University Nacional, preocupado com os direitos dos doentes e o direito de morrer com dignidade, promoveu uma série de seminários para os médicos no Colégio de Cirurgiões da Colômbia e da Faculdade de Medicina da Universidade de Rosário.

Com este entendimento a história da bioética na Colômbia foi classificada em três períodos: a pré-história da bioética, de 1975 a 1992, caracterizada pela introdução ao tema e da socialização; a normalização da bioética, até 1997; e o terceiro período de 1997 a 2002, chamado amplitude ou relações de bioética. Atualmente o quarto período é caracterizado por

programas de investigação. Em 2001, foi consolidado o grau de primeiro mestre em bioética na Colômbia no Forest University.

Visto por outra ótica, como aconteceu em outras latitudes, à bioética na Venezuela tem sua origem ligada aos círculos acadêmicos, às unidades do bem-estar social e à pesquisa. Os primeiros comitês foram implementados em 1995, e, no começo do século XXI, o primeiro congresso nacional de bioética foi realizado.

Em 2001, o Comitê de Bioética é regulado pela Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación (LOCTI). Hoje, nas principais cidades da Venezuela, hospitais públicos, clínicas privadas, universidades e centros de pesquisa contam com pessoas treinadas na questão.

É importante destacar que Cuba é um país que, durante décadas, representou um caso *sui generis* no contexto da América Latina porque, apesar dos vaivéns da política regional, permaneceu bloqueado na construção de um projeto social de orientação marxista. O advento do poder revolucionário em 1959 reverteu totalmente o cenário nacional ao preconizar o princípio marxista de igualdade no acesso aos serviços de saúde como direito humano e responsabilidade do Estado na organização do Sistema Nacional de Saúde.

Assim, a normatividade ética no campo da saúde ficou a cargo do Ministério de Saúde Pública de Cuba, até que, em meados da década de 1980, foram promulgados os princípios da ética médica e ocorreu o processo de constituição das Comissões de Ética Médica em todas as unidades e níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde.

A Comissão Nacional de Bioética do México ganhou mais importância e status ao longo do tempo. A comissão foi o primeiro estabelecimento a discutir, em 1992, questões relacionadas à bioética, e, no ano 2000, um acordo presidencial a declarou permanente. Em 2005, reconhecida por um decreto presidencial, tornou-se um órgão mais independente.

Esta comissão é o órgão oficial responsável pela definição das políticas nacionais sobre a matéria e, por último, é interessante mencionar que tem feito parte do Comitê Intergovernamental de Bioética da UNESCO, participando das discussões e da redação final da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. Atualmente, também participa das reuniões do Comitê Diretor de Bioética (CDBI), no Conselho da Europa, no qual o México tem sido aceito como Estado observador.

Outro destaque significativo é o Programa das Nações Unidas, que faz uso do termo "do Sul" referindo-se aos países em desenvolvimento e como parte da abreviação das relações internacionais desde os anos 1970. A contribuição da bioética para formulação, execução e avaliação da cooperação sul-sul como concretização do ideário das relações internacionais abalizadas pela solidariedade, consenso e equidade representam um desafio ante a situação e as tendências da saúde na terra.

Sendo assim, a cooperação internacional passou a promover os interesses de todas as pessoas e a ser enxergada como o assunto mais importante de todos os países. O desenvolvimento social e os recursos humanos passaram a cobrir também questões como saúde, morbidade, segurança, social, direitos humanos e equidade de uma sociedade.

Podemos perceber, à medida que avança o século 21, que um novo paradigma de cooperação para o desenvolvimento surgiu como elemento central. Este paradigma baseia-se em um novo sentido na dinâmica de geração de conhecimento, em como o conhecimento é gerado, como os recursos humanos são usados, e também no reconhecimento do reservatório

rico em conhecimento que existe nos países em desenvolvimento.

Após esta exposição, percebe-se novas informações e comunicações tecnológicas, permitindo que esse conhecimento possa ser compartilhado com um custo mínimo. O objetivo da técnica de cooperação entre países em desenvolvimento (TCDC) nos próximos anos será o de garantir que o Sul se eleve sobre sua própria herança rica em um mundo de iguais.

Promover a ética é condição *sine qua non* para qualquer área, seja saúde, educação ou ambiente. Como consequência, a expressão da contemporaneidade vem exteriorizar, além de uma eficiente administração, profunda adesão aos padrões de conduta de maneira insubordinada a uma determinação individual, ainda que sendo opção de escolha das pessoas que fazem parte de qualquer organização.

DISCUSSÃO

A maioria dos autores dos trabalhos recuperados pertence à área da saúde, mas também foram identificados diretores de instituições, gestores, professores e filósofos que contribuíram disponibilizando suas pesquisas na internet.

Alguns estudos relacionam a bioética aos direitos humanos. Em outros, percebe-se que a aceitação da bioética foi mais demorada. Também foi observado que algumas pesquisas defendem a eutanásia, classificando-a como "homicídio piedoso". Outras não demonstraram nenhum interesse pelo assunto. Alguns países ainda resistem, formando conselhos e reuniões para se decidir. Conforme os quadros abaixo descritos, uma grande maioria dos países em desenvolvimento, e outros reconhecidos como desenvolvidos, possuem comissões de Ética e Bioética com características semelhantes.

Quanto ao Paraguai, existem estruturas com papéis definidos que são capazes de avaliar ações e programas que emanam da criação de uma Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde, a fim de desenvolver e diretrizes para o uso de recursos públicos de cooperação internacional.

A seguir, o **Quadro 27.1** com os estudos recuperados.

Quadro 27.1 Artigos levantados através da internet

Título	Autor(es)	Ano de publicação
The foundations of bioethics	ENGELHARDT, H.T.	1996
Seminario de Bioetica y legislacion	SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY	1995
La bioética en la formación de recursos humanos de la salud: situación actual y desafíos en el Ecuador	ACOSTA, C.S. *et al.*	2009
Bioetica en Colômbia	GUTIERREZ, M.V.M	2006
La bioética en Venezuela: primeras huellas	SCHMIDT, L.	2007
Salud	SIMON, K.K.	2010
Forging a Global South United: Nations Day for South-South Cooperation	MALLOCH, B. *et al.*	2004
Capacitação para comitês de ética e pesquisa	BRASIL	2006
Manual operacional para comitês de ética em pesquisa	BRASIL	2007

Nesse contexto, em seguida é apresentado o **Quadro 27.2** com os estudos que foram levantados através de livros e revistas.

Quadro 27.2 Estudos levantados através de livros e revistas

Título	Autor(es)	Ano de publicação
Discurso do método	DESCARTES, R.	2006
Bioética: alguns desafios	ANJOS, M.F.	2001
Direitos humanos na ordem mundial	ARAGÃO, S.R.	2000
Direitos humanos fundamentais: teoria geral	MORAES, A.	2002
Problemas atuais de bioética	PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, C.P.	1996
Diretrizes éticas internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE	2002
Bioética e saúde no Brasil: tendências e perspectivas	MORAIS, D.	2011
Bioética e bio-direito: uma introdução	SOARES, A.M.M. & PIÑEIRO, W.E.	2002
O que é ética	VALLS, A.L.M.	1994
Os primórdios da bioética	KOTTOW, M.	2007a
Uma radiografia da bioética no Brasil: pioneiros, programas educacionais e institucionais e perspectivas	PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, C.P.	2007
Bioética em Cuba: responsabilidade e solidariedade	SARIEGO J.R.A.	2007
Os discursos da bioética na América Latina e referências de bioética na Argentina	MAINETTI, J.A. & PEREZ, M.L.	2007
Bioética no Chile	KOTTOW, M.	2007b
História do desenvolvimento da bioética no Paraguai	ASCURRA, M.	2007
A bioética na Bolívia: antecedentes e projeções	EDUARDO, J.L.O.	2007

Enfim, as discussões sobre adesão à disciplina de Ética nas universidades e às comissões de Bioética nas instituições de saúde ainda caminham a passos lentos. “Parece-nos que a bioética deve se referir a princípios porque, assim, se esclarece imediatamente o rumo tomado em direção às escolhas de fundo que as grandes transformações históricas da medicina contemporânea impõem à humanidade”.

Potter lançou uma representação mental entre as ciências da vida e o estudo dos seres vivos, contribuindo com a progressão do conceito de bioética junto aos avanços da biomedicina e também para a expansão e politização da bioética internacional, dando maior visibilidade à saúde e ao social. Em meio a isso, há pessoas determinadas a encontrar uma bioética que faça verdadeira diferença para a saúde de sua nação e a qualidade de seu meio ambiente. É necessária uma bioética global, com comportamentos morais que estimulam a educação e capacitação em todos os níveis do processo de ensino-aprendizagem.

CONCLUSÃO

Não foi pretensão deste estudo esgotar o assunto, mas destacar a questão das pesquisas com seres vivos, apresentando uma explanação dos debates e polêmicas que vem cercando as discussões a respeito da disciplina ética no currículo das universidades e instituições na área da Saúde, permeando a área do Direito, visto que vem sendo escopo de questionamentos reflexivos nas áreas de Ciências da Saúde e Ciências Biológicas.

Em consequência da velocidade com que o processo técnico/científico se apresenta, parece que a própria nobreza do ser humano foi

cerceada, sendo relegada a um segundo plano. A esse respeito, alguns autores afirmam que "todo avanço científico que é feito pisoteando a dignidade humana leva consigo uma carga negativa, devendo ser repensado".

A saúde e a vida do ser humano é um bem incalculável. Uma sociedade distinta não pode determinar a passagem gradual de um estágio julgado inferior a um estágio mais desenvolvido só para provar a capacidade tecnológica interna.

Não é possível esquecer o crescimento e as descobertas cientificas através da tecnologia brasileira com a Fundação Oswaldo Cruz, instituição conhecida e respeitada em todo o mundo, já que o Brasil vem trabalhando em parceria com outros países e colaborando com investimentos para minimizar doenças e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Nada mais natural que seja criado, dentro desse contexto, um Núcleo de Estudo de Bioética para os países da América do Sul e do mundo, até porque a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Por todas estas razões, fica evidente que a bioética se tornou um componente importante das políticas dos países desenhados, tanto na saúde quanto em outras áreas do bem-estar humano. Com os dados aqui apresentados, parece que a consolidação e institucionalização da bioética é uma grande realidade com os avanços e esforços dos países interessados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, C.S. *et al*. La bioética en la formación de recursos humanos de la salud: situación actual y desafíos en el Ecuador. Quito: Organización Panamericana de La Salud, 2009.

ANJOS, M.F. Bioética: alguns desafios. São Paulo: Loyola, 2001.

ARAGÃO, S.R. Direitos Humanos na ordem mundial. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

ASCURRA, M. História do desenvolvimento da bioética no Paraguai. In: PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, C.P., organizadores. Bioética na Ibero America: histórias e perspectivas. São Paulo: Loyola, 2007.

BARCHIFONTAINE, P.C. & PESSINI, L., organizadores. Bioética: alguns desafios. São Paulo, Loyola, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Capacitação para comitês de ética e pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

DEMO, P. Pesquisa e construção de conhecimento. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

DESCARTES, R. Discurso do método. São Paulo: Ícone, 2006.

EDUARDO, J.L.O. A bioética na Bolívia: antecedentes e projeções. In: PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, C.P., organizadores. Bioética na Ibero America: histórias e perspectivas. São Paulo: Loyola, 2007.

ENGELHARDT, H.T. The foundations of bioethics. New York: Oxford University Press, 1996.

GUTIERREZ, M.V.M. Bioetica en Colômbia. Precop SCP, v. 5, 2006.

KOTTOW, M. Os primórdios da bioética. In: PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, C.P., organizadores. Bioética na Ibero America: histórias e perspectivas. São Paulo: Loyola, 2007a.

KOTTOW, M. Bioética no Chile. In: PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, C.P., organizadores. Bioética na Ibero America: histórias e perspectivas. São Paulo: Loyola, 2007b.

MAINETTI, J.A. & PEREZ, M.L. Os discursos da bioética na América Latina e referências de bioética na Argentina. In: PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, C.P., organizadores. Bioética na Ibero America: histórias e perspectivas. São Paulo: Loyola, 2007.

MALLOCH, B. *et al*. Forging a Global South United: Nations Day for South-South Cooperation. New York: One United Nations Plaza, 2004.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento**.** São Paulo: Hucitec, 1993.

MORAES, A. Direitos humanos fundamentais: teoria geral. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Diretrizes Éticas Internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos. São Paulo: Loyola, 2002.

PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, C.P. Problemas atuais de Bioética. 3. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, C.P. Uma radiografia da bioética no Brasil: pioneiros, programas educacionais e institucionais e perspectivas. São Paulo: Loyola, 2007.

SARIEGO, J.R.A. Bioética em Cuba: responsabilidades e solidariedade. In: PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, C.P., organizadores. Bioética na Ibero America: histórias e perspectivas. São Paulo: Loyola, 2007.

SCHMIDT, L. La bioética en Venezuela: primeras huellas. Centro Universitário São Camilo, v. 1, p. 24, 2007.

SIMON, K. The National Commission of Bioethics. Salud, Estados Unidos Mexicanos, 2010.

SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY - SMU. Seminario de bioetica y legislación. Montevidéu Nordan Comunidad, 1995.

SOARES, A.M.M. & PIÑERO, W.E. Bioética e bio-direito: uma introdução. São Paulo: Loyola, 2002.

VALLS, A.L.M. O que é ética. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 28

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO NEGRA: A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

AUTORES

ANNA LUÍZA ROCHA QUEIROZ[1]
CAROLINA SANTIAGO FERNANDES[1]
MARINA LÚCIA DE OLIVEIRA NASCIMENTO[1]
BÁRBARA CASTELLO BRANCO MIRANDA[1]
ISAAC FREITAS DE ANDRADE[2]
LEONARDO PRADO GUATELLI[1]
LUIZA IZABEL DE FREITAS[1]
LUIZA SAMPAIO DUARTE[3]
THAUANY FARIA DOS SANTOS[4]
THIAGO HENRIQUE GONÇALVES ASSAD LAUAR[1]
JENNIFER HADIRCY DA CONCEIÇÃO[5]
ANDRÉ LUÍS MELO DOS SANTOS[6]

FILIAÇÃO

1. Discente - Medicina na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
2. Discente - Terapia Ocupacional na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
3. Discente - Medicina na Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS BH).
4. Discente - Odontologia na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
5. Discente - Enfermagem na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
6. Médico de Família e Comunidade - Preceptor do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da FESF SUS (BA).

Palavras-chave: Hipertensão; População negra; Atenção Primária.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos do sangue. Entre os fatores de risco associados ao desenvolvimento da HAS estão estilo de vida sedentário, alimentação inadequada, tabagismo e etilismo, fatores genéticos e hereditariedade.

Em relação à população negra, há maior ocorrência quando comparada a outros grupos étnicos. A prevalência é de aproximadamente 41% de HAS na população negra. Além disso, nessa população, a doença se manifesta de forma mais grave, com maiores dificuldade de controle e probabilidade de complicações.

Estudos demonstram que desigualdades socioeconômicas, dificuldades no acesso ao sistema de saúde e exposição ao racismo e discriminação podem estar relacionadas à maior morbidade, mortalidade e incapacidade nessa população. Todos esses fatores apontam para a necessidade de um tratamento mais específico e intensivo para essa doença na população negra.

Com o tratamento disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o fornecimento da abordagem multidisciplinar para indivíduos hipertensos negros é uma ferramenta importante para a adesão correta ao tratamento, melhora da qualidade de vida e redução de complicações. Ao abordar pacientes com comorbidades crônicas, é essencial que seja organizada uma linha de cuidado, com o intuito de garantir integralidade e longitudinalidade do controle da doença. Porém, para desenvolver uma ação conjunta e centrada no paciente, o cuidado multiprofissional precisa superar desafios prevalentes na promoção de saúde dos negros no Brasil.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é uma política desenvolvida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de combater desigualdades raciais no SUS e promover saúde de forma integral para a população negra. Para implementação desta política é necessário que todo o sistema de saúde, incluindo profissionais de diversas áreas, trabalhem visando a melhoria das condições de saúde dessa população a partir da compreensão de vulnerabilidades e reconhecimento do racismo como determinante social em saúde. O documento oficial da PNSIPN cita a HAS como uma das doenças genéticas ou hereditárias mais comuns na população negra, sendo causa importante de óbitos na população geral e mais alta e complicada em negros (BRASIL, 2017).

O objetivo deste estudo foi realizar uma breve análise sobre o manejo multidisciplinar, no contexto da atenção primária, da HAS na população negra.

MÉTODO

O capítulo foi construído a partir de uma revisão integrativa da literatura, cujas etapas foram: identificação do problema, definição da questão norteadora, seleção da amostra, análise dos estudos encontrados e exposição da revisão. Para o estudo, utilizou-se da seguinte pergunta norteadora: “Como a população negra é afetada pela hipertensão arterial sistêmica e qual a importância da abordagem multidisciplinar para a amenização do problema?”.

Para o levantamento bibliográfico, foi realizada a pesquisa nas bases de dados LILACS, PubMed e SciELO no mês de setembro de 2021. Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos trabalhos de interesse foram: data de publicação entre 2016 e 2021; artigos disponíveis em inglês, espanhol ou português; relação com tema, incluindo a existência de recorte racial. Em contrapartida, foram excluídos capítulos de livros, cartas a editoras, teses, relatos de casos, pesquisas em animais e duplicatas.

Para definição dos descritores utilizados, foram consultados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o *Medical Subject Headings* (MeSH), adotando-se os seguintes termos na busca dos artigos: (*Hypertension* OR *High Blood Pressure* AND *African Continental Ancestry Group* OR *Blacks* AND *Primary Health Care* AND *Prevention* AND *Epidemiology*). Foram recuperados 593 resultados, e o critério de seleção adotado foi a menção de hipertensão arterial e a população negra no título e/ou resumo. Artigos cuja abordagem estava distante do tema central foram descartados. Determinou-se então uma amostra final constituída por 34 artigos que atendiam aos objetivos da pesquisa, e todos esses foram submetidos à leitura completa.

Ademais, para maior enfoque ao manejo multidisciplinar da HAS, realizaram-se pesquisas adicionais com outros descritores, conforme as áreas de estudo dos autores. Nesse sentido, além dos descritores previamente citados, foram acrescentados "AND *Clinical Medicine"* para a Medicina e "AND *Occupational Therapy"* para Terapia Ocupacional. Para as demais áreas, usaram-se os descritores "*Hypertension* AND *Dental"* para Odontologia; e "Hipertensão AND Cuidados de enfermagem" para Enfermagem.

Essa pesquisa direcionada por área revelou escassez de trabalhos que apresentassem o enfoque de interesse. Por essa razão, adicionalmente e de forma não sistemática, foram analisados os guias preconizados para as várias disciplinas de interesse (Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Odontologia).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Padrão de ocorrência da HAS na população negra

A hipertensão afeta mais de 80 milhões de pessoas nos Estados Unidos (EUA). Sua prevalência varia de acordo com raça e etnia, sendo a raça negra a mais acometida e a que apresenta a maior prevalência de HAS. Além disso, estão entre os negros as consequências mais graves como infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral (AVC), aumentando, assim, a morbimortalidade dessa população que, segundo estudos, tem uma chance 50% maior de apresentar doenças cardiovasculares do que indivíduos brancos (CENÉ *et al*., 2017; LI *et al*., 2019; MUSEMWA & GADEGBEKU, 2017; FERDINAND *et al*., 2020).

Existem alguns fatores que influenciam no controle da pressão arterial (PA) como nível socioeconômico, escolaridade e qualidade do atendimento no serviço de saúde que parecem estar diretamente relacionados aos maiores valores de PA em indivíduos negros (CENÉ *et al*., 2017). Essas pessoas costumam estar entre as mais socialmente desfavorecidas e frequentemente encontram dificuldades para alcançar o controle da hipertensão, muitas vezes devido ao baixo apoio familiar, às crenças culturais baseadas no senso comum ou barreiras no acesso à saúde. Diante disso, alguns estudos acreditam que agentes comunitários de saúde, monitoramento da PA e suporte ao tratamento podem gerar efeitos benéficos no controle da hipertensão (BOULWARE *et al*., 2020).

Prejuízos da HAS na população negra

Atualmente, a HAS é o mais importante dentre os fatores de risco modificáveis para a morbimortalidade. Apesar de não aparecer de forma explícita nos levantamentos das principais causas de morte, é o principal contribuinte para o desenvolvimento das duas maiores: o acidente vascular encefálico (AVE) e o infarto agudo do miocárdio (IAM).

A exposição ao maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares compromete diretamente a expectativa de vida da população hipertensa, que pode ter uma redução de 10 a 20 anos conforme grau e controle da hipertensão. A hipertensão é responsável por 50% das disparidades raciais se tratando de mortalidade entre negros e brancos nos EUA, fator que não é explicado por questões genéticas, mas possui complexa fisiopatologia envolvendo a interação entre fatores ambientais e sociais, genéticos e biológicos. Desde a dieta, o acesso à saúde e à informação, a rotina, os hábitos e as experiências de segregação racial até fatores fisiológicos como a tolerância ao sal no organismo, a população negra se torna mais suscetível à doença e aos danos provenientes do aumento da PA.

É fundamental explanar a direta influência do estresse social ao qual a população negra é exposta, em comparação às demais, no impacto na saúde física e mental e no desenvolvimento da HAS. O racismo é recorrente e prevalente em países como os EUA e o Brasil, levando a práticas discriminatórias que levam a diferentes graus de tensão psicossocial. O preconceito em forma de discriminação racial e social impacta direta e indiretamente nas condições de saúde desta população: é fato que, nestes países, a população negra compõe a maior fração dos indivíduos nas classes D e E. Estas barreiras socioeconômicas culminam na marginalização e no menor acesso à educação, o que os afasta de reivindicar também o seu direito à saúde.

Além de suas repercussões letais, a HAS pode impactar de diferentes formas na qualidade de vida da população acometida, com possíveis consequências físicas, mentais, emocionais ou mesmo de funcionamento social, sendo essas últimas agravadas por experiências sociais depreciativas quanto à raça. São reflexos atribuíveis a diversos fatores, desde diagnóstico, tratamento ou efeitos colaterais, ou alterações no organismo secundárias à doença. Estudos recentes revelam que o próprio diagnóstico afeta a concepção pessoal do status de saúde, demonstrando um aumento de até três vezes no absenteísmo do trabalho devido a condições de saúde em pacientes no primeiro ano após descoberta da HAS (OPARIL *et al*., 2018).

Além do coração e do cérebro, outros órgãos comumente acometidos por danos subsequentes à elevação da PA são os rins, os vasos arteriais ou os olhos. Suas principais repercussões incluem a insuficiência renal, a formação de placas ateroscleróticas, trombos e êmbolos (aliados a outros fatores de risco como a hipercolesterolemia), como também a retinopatia hipertensiva com hemorragia e descolamento de retina que pode culminar em cegueira.

Comparada a outros grupos raciais, a população negra tem na HAS manifestação mais precoce e de maior severidade, com maior risco de desenvolvimento dos danos sistêmicos explanados até aqui. Apesar dos recentes avanços no tratamento, a morbimortalidade dentre afro-americanos nos EUA se mantém alta, com evidência em 30% mais AVE não fatais, 80% mais AVE fatais, 50% mais doenças cardiovasculares e quatro vezes mais impactos renais se comparados à população não negra. Antes dos 50 anos de idade, os negros têm 20 vezes mais chance de falha cardíaca se comparado aos brancos na mesma faixa, fato, novamente, diretamente relacionado à hipertensão. Ainda neste âmbito, as hospitalizações relacionadas à HAS têm índices três vezes maiores entre a população negra se comparada à branca (MUSEMWA & GADEGBEKU, 2017).

Não obstante, se tratando dos sobreviventes dos AVE não letais comentados anteriormente,

estudos recentes comprovam alta incidência de depressão na população negra que os experiencia. Vale ressaltar a forte influência dos fatores estressores sociais no desenvolvimento de transtornos depressivos na população negra, que será explanado mais adiante no capítulo.

Por fim, concomitantes às repercussões diretas da própria doença, os pacientes estão sujeitos aos efeitos colaterais da medicação anti-hipertensiva, que pode reduzir a qualidade de vida dos mesmos, dentre os quais destacam-se sintomas gastrointestinais. No entanto, hoje, felizmente, há medicamentos tanto consolidados como em desenvolvimento que são extremamente bem tolerados, minimizando a ocorrência de efeitos adversos durante o tratamento, e com comprovação estatística de melhora no estado de saúde geral dos pacientes que aderem ao tratamento.

Intervenção multidisciplinar

Levando em consideração todos os elementos agravantes existentes na realidade de pessoas negras vivendo com HAS no Brasil, advindos da histórica marginalização, das piores condições de vida e do racismo estrutural a que essa população é submetida, a intervenção multidisciplinar é uma estratégia com potencial de aumentar a adesão ao tratamento, a qualidade da assistência e o sucesso terapêutico da HAS, além de ser capaz de reduzir os fatores de risco cardiovasculares, a morbidade e a mortalidade dessa condição (BRASIL, 2013).

Essa prática é baseada no trabalho conjunto de diversos profissionais de diferentes áreas da saúde, concedendo interdisciplinaridade ao tratamento da HAS. Por isso, a intervenção multiprofissional é um método de trabalho coletivo e complexo, no qual os cuidados são pensados por toda a equipe para que a atenção seja eficiente, focada nos principais determinantes sociais da saúde atuantes sobre a vida do indivíduo e, principalmente, para que seja centrada no paciente, respeitando suas particularidades sociais, culturais, locais e regionais, algo que é ainda mais delicado quando se trata de pessoas negras (AMYTIS *et al*., 2021).

A fim de garantir a integralidade do tratamento, a equipe de profissionais pode assumir diferentes conformações de acordo com as necessidades do paciente. Seus integrantes podem incluir atuantes das áreas de medicina, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, odontologia, nutrição, educação física, fisioterapia, assistência social, farmácia e também Agentes Comunitários de Saúde (ACS). É por meio desta abordagem ampla e versátil que são esperados melhores resultados não apenas nas medidas da hipertensão, mas também em mudanças comportamentais dos indivíduos, uma vez que o cuidado a longo prazo, aproximado ao paciente e associado à atuação coordenada em diferentes aspectos de sua vida conferem a longitudinalidade necessária para a realização de mudanças comportamentais significativas, como na alimentação (consumo diário de sal e alcoolismo) (CENÉ *et al*., 2017), na saúde mental e física (tabagismo e atividade física) e no uso de fármacos.

A atuação da equipe multidisciplinar deve buscar incentivar o paciente a replicar seus conhecimentos e atitudes, ensinando-o sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco e complicações, instruindo-o sobre a medição da pressão sanguínea e sobre o uso das tecnologias necessárias para isso. Esses objetivos são alcançados com maior eficácia na intervenção multiprofissional, uma vez que os métodos são baseados em fatores primordiais à assistência em saúde, como: o tratamento aproximado ao indivíduo, caracterizado por visitas domiciliares, teleatendimentos e instruções acerca

dos diversos segmentos da vida que podem trazer benefícios à saúde; a tomada de decisões em conjunto, desenvolvendo ações educativas e terapêuticas por meio de reuniões com a participação de todos os elementos da equipe e até mesmo com grupos de pacientes, seus familiares e a comunidade; e a longitudinalidade do processo, com ações educativas e mudanças de atitudes lentas mas essenciais para a uniformização da linguagem, a prática de uma comunicação clara, objetiva e equilibrada e para o alcance das metas estabelecidas.

Dessa forma, as ações utilizadas na intervenção são diversas, obtendo um leque de opções terapêuticas, o que fortalece ainda mais o centramento no paciente durante o tratamento, permitindo a realização de mudanças de planos quando necessário e a dispensa de cuidados que não são essenciais. Assim, mediante a educação do paciente, o apoio social, o letramento e motivação, o automonitoramento da PA, o uso de tecnologias (até mesmo de mídias sociais e técnicas de educação a distância) e a viabilização do acesso aos serviços de saúde, a equipe de profissionais é capaz de provocar a melhora de questões comportamentais gerais do indivíduo, conhecer a realidade dos pacientes (algo imprescindível no cuidado da população negra por conta das piores condições sociais e sanitárias às quais ela está sujeita), favorecer ações de pesquisa em serviço e proporcionar o crescimento profissional aos membros da equipe e, consequentemente, da instituição.

Contudo, apesar de compor uma estratégia de suma importância ao tratamento da HAS, a ação interdisciplinar precisa superar desafios prevalentes na promoção de saúde dos negros no Brasil. O acompanhamento da equipe e a adaptação das estratégias de intervenção vão de encontro à dificuldade que há em padronizar a análise dos dados, já que há vários profissionais envolvidos, e em reunir todos os membros em datas, horários e locais disponíveis, principalmente para o paciente negro, que pode encontrar dificuldades de locomoção urbana devido à marginalização na periferia das cidades e aos altos custos dessa locomoção, por exemplo. Ainda, há certa dificuldade na motivação, envolvimento e disponibilidade dos pacientes em realizar um tratamento a longo prazo, principalmente para os homens (há menores níveis de tratamento e controle da HAS) (CENÉ *et al*., 2017).

Além disso, treinar o time de profissionais para atuar de forma multidisciplinar é um entrave, já que eles devem estabelecer uma comunicação clara com seus companheiros e atuar independentemente em ações específicas de sua profissão, reconhecendo e associando suas ações aos demais membros da equipe.

Os membros da equipe devem, principalmente, estar aptos para acolher e atender pacientes negros de forma humanizada, estando cientes da realidade racista na qual estão inseridos, especialmente na assistência em saúde. Esse processo de humanização da atenção básica é realizado através da transversalidade, da participação ativa na tomada de decisões coletivas, da corresponsabilidade e da ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, construindo processos de enfrentamento das relações de poder (BRASIL, 2004).

Além da falta de capacitação específica de recursos humanos, enfrentam-se problemas de protocolos terapêuticos inadequados e a frequente descontinuidade da distribuição dos medicamentos disponibilizados pela rede de serviços do SUS, fazendo-se necessárias mudanças organizacionais nos níveis de atenção do sistema de saúde (VARGA & CARDOSO, 2016).

Medicina

A prática clínica, ao analisar a função do médico, deve ser realizada para garantir um bom vínculo médico-paciente. A adesão ao tratamento extrapola o uso correto dos medicamentos prescritos, englobando a compreensão e confiança do paciente no plano terapêutico, seja este farmacológico ou não. O caráter crônico da doença e sua instalação insidiosa corroboram com a urgência do tratamento e da atuação em prol da prevenção de danos. Profissionais que trabalham na atenção primária devem ser capazes de reconhecer situações que necessitam de outros níveis de atenção à saúde, mas a maior parte dos casos de hipertensão conseguem ser manejados na Atenção Primária à Saúde (APS) (TEIXEIRA & EIRAS, 2014).

Na avaliação inicial da pessoa com HAS, o médico deve realizar uma anamnese completa e exame físico adequado, com pesquisa à achados sugestivos de hipertensão arterial secundária, fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) e presença de lesões em órgãos-alvo. A aferição da pressão deve ser realizada em duas medidas, separadas por, pelo menos, um minuto, preferencialmente com o paciente em posição sentada (BRASIL, 2013). Diante de pacientes negros, há de se considerar a maior predisposição ao aumento dos níveis pressóricos, principalmente na faixa etária de 35 aos 44 anos e no sexo masculino. Além disso, sabe-se que casos de hipertensão tendem a ser mais graves e apresentar patologias associadas, o que exige maior atenção e investigação clínico-laboratorial (BRAND *et al*., 2013).

Assim como para todos os outros pacientes, hipertensos negros devem ser submetidos a avaliação laboratorial, com a sugestão de periodicidade anual destes, incluindo: eletrocardiograma, dosagem de glicose, dosagem de colesterol total, dosagem de colesterol HDL, dosagem de triglicerídeos, cálculo de LDL, dosagem de creatinina, urina rotina, dosagem de potássio e fundoscopia. Outros exames são sugeridos conforme a apresentação clínica, sendo individualizados para cada paciente. A avaliação do risco cardiovascular pode ser, ainda, uma importante ferramenta para definição dos parâmetros de cuidado e critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento (BRASIL, 2013).

O tratamento medicamentoso deve ser considerado em pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos estágio 2 (PA > ou = 160/100 mmHg). Associações medicamentosas adequadas à população negra devem ser priorizadas, com eventuais ajustes de acordo com a individualidade de cada paciente. Desde que não haja contraindicações, diuréticos e bloqueadores de canais de cálcio são mais adequados. Com a redução de 5 mmHg na pressão diastólica ou 10 mmHg na pressão sistólica, há redução aproximada de 25% no risco de desenvolver cardiopatia isquêmica e de 40% no risco de apresentar AVC (BRASIL, 2013).

O tratamento não medicamentoso, com foco nas mudanças no estilo de vida, deve ser colocado como prioridade e estimulado a todo momento na consulta médica. A realidade socioeconômica do paciente, seu vínculo com a família, bem como potenciais estimuladores de melhoria devem ser explorados com devida cautela, de modo a aumentar a probabilidade de adesão às propostas terapêuticas. Hábitos de vida saudáveis, com alimentação equilibrada e atividades físicas, devem ser valorizados. (BRASIL, 2013).

Odontologia

O papel do dentista como parte da equipe multiprofissional é frequentemente esquecido, no entanto, pode ser fundamental para o

rastreamento dos casos de hipertensão não diagnosticados, originando posteriores encaminhamentos médicos. Isso ocorre porque, uma porta de entrada para muitos indivíduos no sistema de saúde, pode ser em uma visita ao profissional de saúde bucal, visto que a doença dentária representa um problema significativo, principalmente no que se refere à dor e a infecção. A princípio, a hipertensão é diagnosticada quando o indivíduo apresenta pressão sistólica maior ou igual a 140 mm de mercúrio (mmHg) ou pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Desta forma, o dentista deve estar apto a tratar o paciente hipertenso, de forma que seja feita uma anamnese bem detalhada, a fim de propor o melhor plano de tratamento e minimizar ou prevenir complicações que possam ocorrer durante o atendimento odontológico (SOUTHERLAND *et al*., 2016; MALAMED, 2005 *apud* CALISTRO *et al*., 2019).

Sabe- se que a prevalência de hipertensão entre afro-americanos é classificada como a mais alta do mundo e se essas diferenças estão relacionadas ao acesso a saúde, diagnósticos deficitários, tratamento inadequado, ou influência do status socioeconômico, logo, é dever do profissional da saúde primária, incluindo os dentistas, ajudar na prevenção e educação sobre hipertensão (BAVITZ, 2006 *apud* SOUTHERLAND *et al*., 2016).

A hipertensão arterial assintomática em consultório odontológico só pode ser diagnosticada pela sua aferição periódica, o que ocorre quando há a necessidade de contato frequente com o paciente ou em consultas semestrais. Sendo assim, a PA deve ser aferida na primeira consulta e anualmente em todos os pacientes. No caso de hipertensos já diagnosticados, recomenda-se verificar em todas as consultas (KIM, *et al*., 2017 *apud* CALISTRO *et al*., 2019; VARELLIS, 2005 *apud* CALISTRO *et al*., 2019).

Ademais, segundo o Joint National Committee (JNC), a avaliação do paciente hipertenso tem três objetivos: avaliar o estilo de vida e identificar outros fatores de risco cardiovascular; identificar as causas da hipertensão; e avaliar a presença de lesão em órgão-alvo. Assim, um protocolo foi definido pelo JNC com o intuito de orientar os profissionais, informando que pacientes com PA normal ou pré-hipertensos podem realizar tratamento odontológico usual sem qualquer alteração em seu plano de tratamento e pacientes com hipertensão estágio 1 devem ser avaliados cuidadosamente quanto a presença de lesão no órgão alvo. Isso porque, na ausência dela, o tratamento poderá ser realizado normalmente, mas se houver alguma suspeita de lesão, o profissional deve encaminhar o paciente para a avaliação médica, podendo realizar apenas procedimentos de emergência e, se necessário, prescrever medicamentos para alívio de sintomas dolorosos ou sépticos, aguardando a orientação médica para orientação do tratamento definitivo. Além disso, os pacientes com hipertensão estágio 2 devem ser adiados e encaminhados ao médico (GOULART, *et al*., 2012 *apud* CALISTRO *et al*., 2019).

É aconselhável estabelecer uma relação de confiança com o paciente, esclarecendo suas dúvidas, explicando o plano de tratamento, conhecendo os medos e abordando os métodos de controle da dor. Para mais, reduzir o tempo de espera para o tratamento e, se possível, o tempo de consulta pode ser benéfico para os hipertensos (GEALH & FRANCO, 2006 *apud* CALISTRO *et al*., 2019; BRONZO, 2005 *apud* CALISTRO *et al*., 2019).

Além disso, o dentista deve estar familiarizado com os medicamentos que podem

afetar o controle da pressão arterial e aos anti-hipertensivos comumente prescritos. O tratamento medicamentoso da PA pode causar diferentes alterações na cavidade oral, como disfunção salivar, xerostomia, devido à ação de diuréticos, bloqueadores dos canais de cálcio – esses que também podem causar hiperplasia gengival – e betabloqueadores; alteração na mucosa oral e distúrbios do paladar por diuréticos. Pode-se observar também o aumento da incidência de candidíase, cárie, doença periodontal, desconforto oral noturno e sensação de queimação (SOUTHERLAND *et al*., 2016; BRAGA, 1997 *apud* CALISTRO *et al*., 2019; PARAGUASSU *et al*., 2019 *apud* CALISTRO *et al*., 2019).

Em relação as soluções anestésicas utilizadas na odontologia, estudos relatam que há a possibilidade de elevação adicional da PA pelo uso de anestésicos com vasoconstritores, não verificando alteração significativa da PA em relação ao seu uso. Logo, eles podem ser usados com segurança em pacientes hipertensos, desde que a dosagem recomendada seja respeitada (RODRIGUES *et al.*, 2015 *apud* CALISTRO *et al*., 2019; NICHOLS, 1997 *apud* CALISTRO *et al*., 2019; MALAMED, 2005 *apud* CALISTRO *et al*., 2019).

No caso de crises hipertensivas, é proposto interromper o atendimento imediatamente, colocar o paciente em posição adequada, monitorar seus sinais vitais, administrar captopril (25 a 50 mg) via sublingual e encaminhá-lo ao atendimento médico. A literatura afirma que em casos de urgência hipertensiva pode-se medicar o paciente com um anti-hipertensivo e em casos de emergência com pacientes hipertensos, eles devem ser encaminhados para um pronto-socorro imediatamente (VARELLIS, 2005 *apud* CALISTRO *et al*., 2019; RODRIGUES *et al.*, 2015 *apud* CALISTRO *et al*., 2019).

Terapia ocupacional

No que tange a Terapia Ocupacional e sua atuação nos serviços de APS no Brasil, existem registros desde o fim dos anos 1970, com significativo avanço no ano de 2008 para compor o recém-implantado Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (SILVA *et al*., 2021). Seguramente, a Terapia Ocupacional apresenta expertise para atender na APS, compreendendo as necessidades de pessoas, famílias, grupos e populações em proximidade dos contextos da vida diária, do trabalho, do brincar, do aprender e do viver (SILVA & OLIVER, 2020).

Todavia, apresentam-se frágeis teorias, conceitos e práticas que permitem a compreensão da inserção da Terapia Ocupacional na APS, em virtude, principalmente, da insuficiência de diálogos específicos da profissão com esse campo (SILVA & OLIVER, 2020). Deve-se haver um avanço nesse cenário, uma vez que a Atenção Básica deve deter profissionais que compreendam as singularidades, formas e sentidos que os indivíduos produzem acerca da vida e, assim, promover um cuidado integralizado ao usuário de forma multiprofissional e interdisciplinar (MIRANDA *et al*., 2019). Ademais, o entendimento da atuação do terapeuta ocupacional nesta esfera promove um atendimento de qualidade e pode favorecer uma compreensão ampla e em profundidade sobre o desenvolvimento da área profissional (SILVA & OLIVER, 2020).

Em primeira análise, entende-se que o terapeuta ocupacional é o profissional de formação nas áreas de saúde e social, com intervenções a fim de identificar no cliente as alterações nas suas funções práxicas, considerando sua faixa etária e/ou desenvolvimento, sua formação pessoal, familiar e social (COFFITO, S.d.). As atividades do profissional compreendem a avaliação de seus clientes, a fim de obter um projeto terapêutico que deverá,

resolutivamente, favorecer, desenvolver e/ou aprimorar o potencial remanescente psico-ocupacional para melhoria do estado psicológico, social, laborativos e de lazer do indivíduo (COFFITO, S.d.).

Ao passo que o serviço de atenção primária apresenta diversidade de casos, devido a pluralidade do público de atendimento, a terapia ocupacional intervém com seu conhecimento em diversas dimensões, pessoais, coletivas e/ou culturais (MIRANDA *et al*., 2019). Partindo da forma como o serviço acontece na região, o terapeuta ocupacional atuará a partir das narrativas do cotidiano, dos encontros com as pessoas e locais de convívio (MIRANDA *et al*., 2019). À proporção que a complexidade do caso apresenta, a especificidade técnica do profissional estará voltada para a relação pessoa-cotidiano-ocupação, exigindo uma sensibilidade para lidar com o significado dessa relação (MIRANDA *et al*., 2019).

A recorrência e o aumento de casos de HAS enfatizam a necessidade de adotar-se medidas que destaquem a importância de o paciente assumir maior responsabilidade acerca dos cuidados à sua própria saúde (SERPA, *et al.* 2018). Cabe aos profissionais de saúde a estimulação do desenvolvimento destes hábitos saudáveis, para reduzir a incidência de doenças como a HAS (SERPA *et al.*, 2018). Todavia, hábitos saudáveis, bem como adesão ao tratamento, não dependem somente do profissional, mas de uma conscientização do paciente sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas (BRASIL, 2013). Neste sentido, o terapeuta ocupacional pode contribuir com um olhar diferenciado, integral, uma vez que compreende o indivíduo como um ser ocupacional dentro de um contexto, influenciando o ambiente no qual está inserido e sendo influenciado por ele. Suas ações educativas e terapêuticas são contextualizadas, centradas na pessoa e vão além da doença (SERPA *et al.*, 2018).

Por certo, a HAS não é uma condição fácil de lidar, pois exige do indivíduo uma relação muito segura com seu autocuidado e hábitos. Dessa forma, o terapeuta ocupacional, profissional que se dedica ao estudo da ocupação humana, bem como à maneira com a qual o paciente lida com ela, apresenta-se indispensável para acompanhamento do caso e composição da equipe multiprofissional. O terapeuta ocupacional é capaz de correlacionar o processo de saúde e doença, o que permite fornecer mecanismos para manejo da HAS que sejam eficazes e se adequem à particularidade do hipertenso. Dessa forma, o acompanhamento do paciente acometido por HAS deve ser realizado em conjunto com o apoio da Terapia Ocupacional para promover intervenções efetivas em seu cotidiano, em determinado contexto, considerando sua subjetividade.

Enfermagem

Conforme define o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o enfermeiro é responsável pelas ações de prevenção, promoção, pelo cuidado e pela manutenção da saúde. No contexto do cuidado a pacientes com doenças crônicas como a HAS, o enfermeiro desempenha o papel de educar e orientar. Daí a sua importância em elucidar dúvidas e prestar informações ao paciente hipertenso, uma vez que, dentro da equipe multidisciplinar, o enfermeiro é o profissional de saúde que atua mais próximo ao enfermo. Enquanto categoria profissional diretamente ligada ao cuidado e, portanto, muito próxima ao cliente em todos os níveis de atenção do sistema, a enfermagem tem papel fundamental, especialmente no que diz respeito à implementação da integralidade do cuidado (SOUSA *et al*., 2018).

O cuidado de enfermagem possibilita o acompanhamento e o controle da pressão arterial, evitando o agravamento desta patologia e o posterior surgimento de complicações e contribuindo, assim, para a redução do congestionamento dos sistemas de saúde, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares. Para isso, a consulta de enfermagem constitui-se num excelente instrumento para o controle de problemas crônico-degenerativos, tal como a hipertensão arterial sistêmica. O enfermeiro, enquanto integrante da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolve importante papel no acompanhamento desses pacientes (BRANCO *et al*., 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, o enfermeiro tem um papel relevante na consulta de hipertensão, desempenhando funções como: aferição da pressão arterial, verificação da altura e peso, avaliação da circunferência abdominal (CA) e do índice de massa corporal (IMC), identificação de fatores de risco, orientação sobre adoção de dieta com redução de sódio, atividade física com regularidade, cessação do tabagismo e redução da ingestão de bebida alcoólica, encaminhamento para realização de exames laboratoriais mínimos estabelecidos nos protocolos para pacientes hipertensos, orientação sobre medicações prescritas, além de promoção de atividades educativas, contribuindo assim para promoção da saúde e redução desse agravo (BRASIL, 2006).

A educação em saúde é um processo que visa a construção e transformação de conhecimentos; a aprendizagem se constrói por meio da ressignificação das experiências pessoais. As estratégias educativas devem ser selecionadas de acordo com as características das pessoas com HAS, recursos disponíveis e objetivo educativo. As abordagens individuais e coletivas são importantes e complementares (SANTA CATARINA, 2019).

Ademais, o profissional da enfermagem tem em sua graduação disciplinas ligadas à gestão e administração do sistema de saúde e, portanto, dispõe de habilidades para articular estratégias com a equipe multidisciplinar que podem favorecer a adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo. Nesse contexto, ressalta-se que a efetiva participação dos profissionais da saúde faz-se necessária para o alcance da adesão ao tratamento anti-hipertensivo (PINTO & RODRIGUES, 2018). Consoante a isto, o enfermeiro tem a possibilidade de estimular práticas de autocuidado para o hipertenso – traçando um plano de cuidado terapêutico singular, concomitantemente à realização de projetos em comunidade que preconizam o engajamento desses pacientes e de seus familiares, ampliando o conhecimento sobre a HAS e integrando-os numa rede de acolhimento. O intuito é de promover uma assistência humanizada que contribua para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto, observa-se que a Atenção Primária constitui a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde e é onde se dá o manejo da maioria dos casos de hipertensão. Apesar da impossibilidade de abordar outros núcleos profissionais presentes na Atenção Primária, o objetivo do estudo foi alcançado, demonstrando que a ação multidisciplinar no tratamento da HAS na população negra se faz indispensável e é um importante veículo para a consolidação da Política de Saúde Integral da População Negra. Quando a equipe é formada por profissionais de áreas diferentes que atuam de forma integrada, maiores são as chances de o paciente ter os fatores biopsicossociais da sua comorbidade devidamente investigados e detalhados. Isso, no contexto da população negra – que tem no

racismo um determinante social de saúde importante e um entrave no acesso pleno à saúde –, alavanca a qualidade da assistência e abre espaço para melhores resultados tanto no diagnóstico quanto na intervenção a serem realizados. Ademais, as vantagens da intervenção multidisciplinar extrapolam a doença e abraçam também o indivíduo e as suas particularidades. Saber olhar para o corpo negro, a realidade em que está inserido e suas demandas em saúde permite uma relação mais aprofundada entre o paciente e o serviço de saúde, onde este poderá conhecer melhor o indivíduo e os diversos segmentos de sua vida que possam produzir resultados positivos em sua saúde. Esse acolhimento torna o processo de cuidar mais humanizado e equânime, sendo decisivo na adesão ao tratamento de doenças crônicas como a hipertensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMYTIS, M.D.T. *et al.* Effect of a Coordinated Community and Chronic Care Model Team Intervention vs Usual Care on Systolic Blood Pressure in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack. JAMA Netw Open, 2021.

BOULWARE, L.E. *et al.* Hypertension Self-management in Socially Disadvantaged African Americans: the Achieving Blood Pressure Control Together (ACT) Randomized Comparative Effectiveness Trial. Journal of General Internal Medicine, v. 35, p. 142, 2020.

BRANCO, S.C.N. *et al.* Consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão na Estratégia de Saúde da Família. Rev. Enfermagem Contemporânea, v. 2, p. 196, 2013.

BRAND, C. *et al.* Atenção primária e os desafios à promoção da qualidade de vida de hipertensos. Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, v. 14, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, 15).

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CALISTRO, C.L. *et al.* Dental Care in Hypertense Patients: Systematic Review. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 1, p. 152, 2019.

CENÉ, C.W. *et al.* A multicomponent quality improvement intervention to improve blood pressure and reduce racial disparities in rural primary care practices. Journal of Clinical Hypertension, v. 19, p. 351, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. Definição de Terapia Ocupacional. Terapia Ocupacional. Coffito, S.d. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3382. Acesso em: 29 set. 2021.

FERDINAND, D.P. *et al.* Hypertension in African Americans: Advances in community outreach and public health approaches. Progress in Cardiovascular Diseases, v. 63, p. 40, 2020.

LI, Y. *et al.* Decoding Nonadherence to Hypertensive Medication in New York City: A Population Segmentation Approach. Journal of Primary Care & Community Health, v. 10, 2019.

MIRANDA, E.F.D.S. *et al.* Percepção de gestores acerca da atuação e inserção de terapeutas ocupacionais na atenção básica à saúde. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 27, p. 522, 2019.

MUSEMWA, N. & GADEGBEKU, C.A. Hypertension in African Americans. Current Cardiology Reports, v. 19, p. 129, 2017.

PINTO, E. & RODRIGUES, W. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária a pessoas portadoras de hipertensão arterial. Nursing, v. 21, p. 2036, 2018.

OPARIL, S. *et al.* Hypertension. Nat Rev Dis Primers, v. 4, 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. [S.l.: s.n.], 2019.

SERPA, E.A. *et al.* Terapia ocupacional e grupo hiperdia. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 26, p. 680, 2018.

SILVA, R.A.S. & OLIVER, F.C. A interface das práticas de terapeutas ocupacionais com os atributos da atenção primária à saúde. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 28, p. 784, 2020.

SILVA, R.A.S. *et al.* O papel da terapia ocupacional na atenção primária à saúde: perspectivas de docentes e estudantes da área. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 29, 2021.

SOUSA, A.S.J. *et al.* Associação entre adesão ao tratamento anti-hipertensivo e integralidade no atendimento de enfermeiros. Rev. Enferm. UERJ, v. 26, 2018.

SOUTHERLAND, J. *et al.* Dental management in the patient with hypertension: challenges and solutions. Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry, v. 8, p. 111, 2016.

TEIXEIRA, J.B.P. & EIRAS, N.S.V. A hipertensão arterial e sua abordagem pela atenção primária à saúde e pelos grupos de extensão universitária. 2014. Mimeografado. Disponível em: https://www.ufjf.br/proplamed/files/2011/04/A-Hipertensão-Arterial-e-sua-abordagem-pela-APS.pdf. Acesso em: 26 set. 2021.

VARGA, I.D. & CARDOSO, R.L.S. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. Saude soc., v. 25, 2016.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 29

A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA PREVENÇÃO E NO CONTROLE DO DIABETE MELLITUS TIPO 2

AUTORES

ISADORA DA SILVA TROTTA[1]
BIANCA SILVA CARRARO DE FREITAS[1]
CHRISTIANE DE CAMPOS VIEIRA[1]
FERNANDO GOMES FORTE[1]
JÉSSICA JANAYNA FERREIRA DE LIMA[1]
LILIAM MURTA BRETAS[1]
LOHANNA FRAUCHES CADE MASSÍNI[1]
LUANA RÚBIA PEREIRA PICANÇO[1]
MARIA GORETE DO NASCIMENTO SILVA[1]
MARIA JÚLIA MERHGE DE FIGUEIREDO RODRIGUES[1]
RAFAEL TUDESCO DE FREITAS[1]
SABRINA CHAVES DE SOUZA[1]

FILIAÇÃO

1. Discente - Medicina na Universidade Iguaçu (UNIG V – Itaperuna).

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares; Diabetes Mellitus; Mudança de hábitos.

INTRODUÇÃO

A diabetes se apresenta como um fator de comorbidade e morbidade e sua prevalência tem aumentado, visto que se estima que 415 milhões de pessoas apresentam a patologia. Destas, 80% estão em países subdesenvolvidos, como é o caso do Brasil, que possuí mais de 12 milhões de pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Entre os fatores que contribuem para o desenvolvimento da diabetes, há o envelhecimento da população, aumento do sobrepeso e obesidade, sedentarismo e maus hábitos alimentares, que se relacionam com a doença (FLOR & CAMPOS, 2017).

Essa enfermidade possui numerosas manifestações clínicas decorrentes da hiperglicemia: polidipsia, polifagia, poliúria e visão ofuscada. Entretanto, as complicações tardias são as mais preocupantes, visto que o diabete mellitus tipo 2 não controlado resulta em doenças cardiovasculares, neuropatia periférica, predispõe a instalação de infecções, entre outras (KUMAR *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva, o presente estudo apresenta como objetivo discutir a fisiopatologia da diabetes, sua etiologia e a necessidade de intervenção ampla, visto que se caracteriza como uma doença multifatorial extremamente recorrente. Além disso, a adoção de um estilo de vida saudável possibilita a prevenção primária dessa síndrome e o seu controle por intermédio de uma intervenção educacional, dando ênfase ao aspecto nutricional, à atividade física e como isso impacta nas doses medicamentosas e no controle dessa doença a longo prazo.

MÉTODO

O presente capítulo busca, através de uma revisão integrativa, analisar os fatores fisiopatológicos que acometem o indivíduo com diabetes. A pesquisa tem enfoque na importância e na necessidade de uma intervenção ampla em pacientes que apresentam a síndrome, abordando o cuidado, o bem-estar do paciente, os impactos do processo do adoecer sobre a qualidade de vida e as repercussões disto na adesão do tratamento.

Foram utilizados estudos publicados em revistas científicas, sites oficiais de saúde e recuperados nas bases de dados do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e PubMed Central através dos seguintes descritores: “Doenças cardiovasculares’’, “Diabetes Mellitus’’ e “Mudança de hábitos”. Assim, foram selecionados 23 artigos em língua portuguesa, espanhol e inglesa que abordam uma visão multidisciplinar do tratamento da diabetes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos fisiopatológicos do DM tipo 2

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019), cerca de 425 milhões de pessoas possuem diabetes mellitus, que se apresenta como um distúrbio metabólico, devido à hiperglicemia persistente, causado por deficiência na produção de insulina e/ou no seu mecanismo de ação. Desta forma, os pacientes portadores da doença estão vulneráveis a diversas complicações associadas, como, por exemplo, alterações microvasculares (neuropatia, retinopatia) e danos celulares, teciduais e macrovasculares, que podem ocorrer em doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

O diabetes mellitus (DM) é um dos problemas de saúde que mais crescem em todo o mundo, visto que, em 2017, 8,8% da população mundial, na faixa etária de 20 a 79 anos de idade, apresentava a doença. Assim, as projeções de casos para o ano de 2045 é de

628,6 milhões de doentes, configurando um fator extremamente preocupante devido as complicações associadas ao desequilíbrio glicêmico. No Brasil, a doença não se apresenta de forma diferente, atingindo 7,6% da população na faixa etária dos 30 anos de idade aos 69. Cabe ressaltar que metade dos pacientes não possuem diagnóstico e cerca de um quarto dos pacientes não realizam nenhum tratamento, aumentando ainda mais a gravidade da doença (GOIS *et al.*, 2021).

A hiperglicemia apresenta sintomas clássicos que abrangem poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso não explicada e visão turva. É caraterizada laboratorialmente por uma glicemia em jejum maior que 124 mg/dl, ou maior que 199 mg/dl, 2 horas após a sobrecarga de glicose, devido a secreção insuficiente de insulina e/ou ação ineficiente. Nas categorias de pré-diabetes, tem-se a glicemia em jejum alterada e a pouca tolerância à glicose, importantes fatores de risco para o desenvolvimento da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Além disso, a hiperglicemia crônica está relacionada a disfunção e insuficiência de órgãos, como olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Pode gerar cegueira, complicações cardiovasculares e encefálicas, amputações e nefropatias, causando graves prejuízos à qualidade de vida (FAGUNDES, 2014).

O diabetes mellitus é dividido em tipo 1, tipo 2, gestacional e outras tipologias menos comuns. O tipo 2 corresponde a cerca de 90% dos casos e ocorre devido a resistência à insulina e/ou falência das células β, fazendo com que o doente necessite da insulinoterapia. Já o tipo 1 ocorre devido a reação de autoanticorpos, caracterizando-se como doença autoimune que resulta na destruição das células beta pancreáticas que produzem insulina, comprometendo todo o mecanismo hormonal. Assim, todo esse descontrole glicêmico resulta em estresse oxidativo, disfunção endotelial e lesões (GOIS *et al.*, 2021).

A diabetes gestacional (DG) ocorre em torno de 7% das gestações devido a hiperglicemia que é diagnosticada no período gestacional. Neste tipo, são apresentadas taxas de glicose acima do normal, ainda que abaixo dos valores para classificação de DM tipo 2, e na maioria dos casos voltam a normalidade após o parto. Isso ocorre devido ao fato de a principal fonte de energia do feto ser a glicose. Assim, no período gestacional, a mãe aumenta sua produção para suprir as suas próprias necessidades e as do feto, logo, o esperado é que os níveis de insulina também aumentem para transportar essa glicose. Nos casos de diabetes gestacional, isto não ocorre e dentre os motivos está o aumento dos hormônios contrarreguladores da insulina, como por exemplo o hormônio lactogênico placentário. Além disso, vários fatores estão envolvidos com a apresentação da DG, sendo importante um acompanhamento gestacional de qualidade e multidisciplinar, a fim de evitar complicações para mãe, como a ocorrência de pré-eclâmpsia e para o bebê, como as alterações do crescimento fetal, malformações e prematuridade (COSTA *et al.*, 2021).

"Em 2011, a frequência do diagnóstico médico prévio de DM foi de 5,3%, mais comum a partir dos 45 anos em ambos os sexos [...] e foi observada também a associação inversa entre DM e escolaridade na população brasileira de 18 anos ou mais. Além disso, o elevado nível de escolaridade da população contribuiu para o diagnóstico precoce em participantes do estudo que detectou que a prevalência de DM aumentou com a idade, nível de obesidade e antecedentes familiares" (FREITAS & GARCIA, 2012).

Os hábitos de vida estão diretamente relacionados ao desenvolvimento da DM gestacional e tipo 2, como aumento do peso ponderal, sedentarismo e alimentação desbalanceada. Dessa forma, mudanças na rotina contribuem para a redução da incidência da doença e controle, como perda de peso, incremento da atividade física, consumo controlado de sódio e carboidratos, adesão a alimentação saudável, combate ao tabagismo e ao alcoolismo, influenciando positivamente na qualidade de vida e no controle da diabetes e de outras doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Os fatores de risco e as principais complicações associadas

O DM tipo 2, constitui um dos principais fatores de risco para os acometimentos do sistema cardiovascular (COLE & FLOREZ, 2020). Estudos evidenciaram que portadores dessa síndrome tem um risco até quatro vezes maior de desenvolver esse tipo de complicação. Além disso, esses pacientes vivem cerca de seis anos menos que um paciente hígido (HACKETT & STEPTOE, 2016).

Essas doenças se manifestam de diferentes formas e variam de acordo com faixa etária, sexo, etnia, condição socioeconômica, acesso à saúde, uso de fármacos, fatores genéticos, hábitos de vida, doenças prévias e nível glicêmico (ROY *et al.,* 2020).

Sabe-se que os hábitos adotados hodiernamente em relação ao padrão alimentar e a reduzida prática de exercícios físicos contribuem para o aumento no número de casos de doenças crônicas, visto que corroboram para o ganho de peso e para o aumento excessivo de tecido adiposo, que se correlaciona diretamente ao aumento da resistência à insulina (COSTA *et al*., 2011). Com isso, a manutenção do aumento de peso, somada a doença crônica estabelecida, culmina em um aumento no risco de complicações cardiovasculares (SÁ & MOURA, 2010).

Outrossim, pode-se notar a presença de doenças associadas, como é o caso da hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, injúrias renais, distúrbios do sono e até mesmo depressão (CARDOSO *et al.,* 2020).

Sabe-se que a hiperglicemia gera estresse oxidativo em decorrência das repercussões nas vias celulares. O que acarreta apoptose das células miocárdicas e disfunção endotelial, contribuindo para o desenvolvimento de distúrbios cardiovasculares (ROY *et al.,* 2020).

Somado a isso, os pacientes diabéticos se recuperam de forma mais lenta e apresentam quadros clínicos mais pronunciados após eventos cardiovasculares, além de estarem expostos a uma maior reincidência do acidente vascular cerebral (AVC) (HACKETT & STEPTOE, 2016).

Com isso, é salutar o controle glicêmico, entretanto, esse não deve ser foco singular dos esforços terapêuticos. Deve-se também, dar ênfase ao estilo de vida e ao uso correto das medicações (MARTINS *et al*., 2020).

Como uma intervenção multidisciplinar pode fazer a diferença

Segundo a Associação Americana de Diabetes, as alterações no estilo de vida com redução de 5 a 10% do peso são capazes de evitar o desenvolvimento do DM, além de impactar positivamente na redução dos custos das internações (ADA, 2012).

Um estudo realizado por Jonker *et al.* (2006) demonstrou que a prática de exercícios em intensidade moderada impacta de forma positiva na expectativa de vida e prevenção do DM em comparação aos indivíduos que também realizam atividade física em menor intensidade. Entretanto, mesmo quando realizada em baixa

intensidade, foram evidenciados benefícios para qualidade de vida a longo prazo, em detrimento do sedentarismo. Dessa forma, a adoção de uma atividade física deve ser encorajada (JONKER *et al*., 2006).

Sendo assim, deve-se orientar o paciente a realizar, no mínimo, 30 minutos de exercício em nível moderado, cinco vezes por semana ou, ainda, 150 minutos por semana de exercícios em nível leve a moderado ou 75 minutos por semana em nível mais intenso (PITANGA *et al*., 2010).

É explicita a correlação entre a prática de exercícios e uma alimentação equilibrada para controle e tratamento do DM (TORRES *et al*., 2009).

Dessa forma, é imprescindível que haja o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, uma vez que essa abordagem permite um olhar mais amplo dos profissionais envolvidos no tratamento. Esse agrupamento deve contar com a atuação integrada, desenvolvendo estratégias em conjunto. Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece esse agrupamento multidisciplinar como indispensável ao pleno funcionamento da estratégia Saúde da Família, devendo ser composto por: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Ademais, essa equipe pode contar com responsáveis pela saúde bucal e, ainda, agregar nutricionistas, psicólogos e educadores físicos (MAIA *et al*., 2004).

Um estudo desenvolvido por Silva *et al*. (2006) promoveu a abordagem multiprofissional do DM durante um período de aproximadamente dois anos e meio, por intermédio da conscientização sobre mudança de hábitos, atividades educativas sobre as medicações e orientações sobre como proceder em possíveis emergências e demonstrou resultados satisfatórios. Com isso, é salutar a implementação de políticas públicas, a fim de promover conhecimento e habilidades aos pacientes. Estas ações, realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde, tem o intuito de promover grupos de debate que visam orientar sobre a doença, os impactos da mudança do estilo de vida, o preparo correto de alimentos, quais alimentos devem ser evitados, entre outras informações (FRANCISCO *et al*., 2010).

Perpassando o diagnóstico, os aspectos biológicos e prescritivos impulsionaram mudanças na produção do cuidado em saúde, efetivando os princípios do atendimento integral e humanizado estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SANTOS, 2013). Desse modo, é possível aumentar a expectativa de vida com qualidade, reduzir hospitalizações, gastos de saúde pública e complicações cardiovasculares.

Por conseguinte, é relevante que a equipe estabeleça uma relação de confiança com o paciente, para que possam traçar um tratamento individualizado de acordo com suas necessidades e de forma que haja uma maior adesão do tratamento a médio e longo prazo (COSTA *et al*., 2011).

O tratamento nutricional, deve ser individualizado de acordo com as necessidades do paciente. No caso de pacientes com DM do tipo 2, além do controle glicêmico, deve-se focar na redução dos riscos cardiovasculares. Estudos evidenciaram que uma dieta alimentar bem elaborada pode reduzir de 1 a 2% da hemoglobina glicada em um período de até 3 meses, mesmo sem uma perda ponderal pronunciada. Entretanto, se há uma redução da hemoglobina glicada somada a perda ponderal de no mínimo 5%, principalmente nos pacientes pré-diabéticos, essa somatória impacta positi-

vamente no controle glicêmico (SARTORELLI *et al*., 2006).

A redução dos riscos cardíacos e vasculares deve ser priorizada com rigorosa cautela, como forma de prevenir eventos maiores. Em relação às questões sociopsicológicas, as restrições impostas na alimentação do diabético acabam gerando compulsão alimentar. O paciente diabético pode apresentar transtornos de ansiedade e depressão. Assim, o acompanhamento psicológico deve fazer parte da rotina desse paciente (PERES *et al.*, 2006).

CONCLUSÃO

Tendo em vista os aspectos supracitados, evidencia-se a necessidade do atendimento integrado dos portadores dessa doença, visando reduzir complicações micro e macrovasculares, causadas pelos processos fisiopatológicos dessa síndrome.

É importante que toda a equipe (médicos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros profissionais) estejam em consonância para que o tratamento do paciente seja eficaz e que permita uma melhor qualidade de vida. Assim, se garante um controle efetivo da glicemia a partir da adesão ao tratamento farmacológico, da manutenção da saúde mental, da realização de atividades físicas e de uma dieta alimentar direcionada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - ADA. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, v. 35, 2012.

CARDOSO, C.R.L. *et al.* Prognostic Importance of Resistant Hypertension in Patients With Type 2 Diabetes: The Rio de Janeiro Type 2 Diabetes Cohort Study. Diabetes Care, v. 43, p. 219, 2020.

COLE, J.B. & FLOREZ, J.C. Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications. Nature Reviews Nephrology, v. 16, p. 377, 2020.

COSTA, J.A. *et al*. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, p. 2001, 2011.

COSTA, R.M. *et al.* Diabetes gestacional: uma abordagem profilática. Revista Atenas Higeia, v. 3, p. 13, 2021.

FAGUNDES. L.S. Abordagem multidisciplinar a pacientes diabéticos e hipertensos atendidos por equipe de saúde da família em Claro dos Poções - MG. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

FLOR, L.M. & CAMPOS, M.R. Prevalência de Diabetes Mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, 2017.

FRANCISCO, P.M.S.B. *et al*. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, 2010.

FREITAS, L.R.S. & GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do Diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 21, 2012.

GOIS, T.S. *et al.* Fisiopatologia da cicatrização em pacientes portadores de Diabetes Mellitus. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, p. 14438, 2021.

HACKETT, R.A. & STEPTOE, A. psychosocial factors in Diabetes and cardiovascular risk. Current Cardiology Reports, v. 18, p. 95, 2016.

JONKER, J.T. *et al.* Physical activity and life expectancy with and without diabetes: live table analysis of the Framingham Heart Study. Diabetes Care, v. 29, p. 38, 2006.

KUMAR, V. *et al*. Robbins e Cotran: patologia, bases patológicas das doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MAIA, F. R. *et al*. Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica. Revista Espaço para a Saúde, v. 7, 2004.

MARTINS, E.B. *et al.* Pharmacological therapy and cardiovascular risk reduction for type 2 diabetes. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 66, p. 1283, 2020.

PERES, D.S. *et al*. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. Revista de Saúde Pública, v. 40, p. 364, 2006.

PITANGA, C.P.S. *et al.* Atividade física como fator de proteção para comorbidades cardiovasculares em mulheres obesas. Revista Brasileira de Cineantropometria Desempenho Humano, v. 12, p. 324, 2010.

ROY, S. *et al.* Systolic dysfunction in asymptomatic type 2 diabetic patients, a harbinger of microvascular complications: A cross-sectional study from North India. Diabetes & Vascular Research, v. 1, 2020.

SÁ, N.N.B. & MOURA, E.C. Fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 1853, 2010.

SANTOS, F.P.A. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, p. 107, 2013.

SARTORELLI, D.S. *et al*. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, p. 7, 2006.

SILVA, T.R. *et al*. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saúde e Sociedade, v. 15, p. 180, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.

TORRES, H.C. *et al*. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. Revista de Saúde Pública, v. 43, p. 291, 2009.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 30

PLANTAS MEDICINAIS NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES

MAGNA DA SILVA DE CASTRO[1]
SAMARA DANTAS DE MEDEIROS DINIZ[2]
LUDMILLA RAFAELA MARINHO[3]
MÉRCIA SILVA SOUZA[4]
FRANCISCO LUCAS LEANDRO DE SOUSA[1]
ZILDENILSON DA SILVA SOUSA[5]
IAGO RIBEIRO ANDRADE TITO[6]
EMILY DA SILVA EBERHARDT[7]
LORENA COSTA LONDRES[8]
WALISSON DA SILVA VIEIRA[2]
TICIANNE MARTINS TAVARES[1]
HELOIZA TALITA ADRIANO DA SILVA[9]

FILIAÇÃO

1. Discente – Enfermagem do Centro Universitário Maurício de Nassau.
2. Discente – Enfermagem da Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte.
3. Discente – Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas.
4. Discente – Enfermagem do Centro Universitário de Patos.
5. Discente – Odontologia do Centro Universitário Maurício de Nassau.
6. Discente – Enfermagem do Centro Universitário Jorge Amado.
7. Discente – Enfermagem do Centro Cenecista de Osório.
8. Discente – Enfermagem da Escola Superior da Amazonia.
9. Docente – Departamento de Professores da Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: Cicatrização; Ferimentos e Lesões; Plantas Medicinais.

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade, as plantas medicinais são inseridas no tratamento de feridas e lesões por possuírem diversas funções terapêuticas, como anti-inflamatória, antifúngica, germicida, cicatrizante, dentre outras. Este meio não farmacológico é utilizado com o objetivo de cessar hemorragias, regenerar tecidos cutâneos e ofertar atribuições peculiares. Atualmente, este método de fitoterapia tem se destacado, sendo incluído em um novo espaço de modernizações, inovações e alta procura (MONTE *et al*., 2018).

Segundo Ramalho *et al*. (2018) e Barbosa (2019), o uso de fitoterápicos atribui profilaxia e é curativo, sendo reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, a nível mundial. Ademais, a Portaria nº 212 de 11 de setembro de 1981 do Ministério da Saúde, em seu item 2.4.3, define o estudo das plantas medicinais como uma das prioridades de investigação clínica, fazendo-se de suma importância a inserção de práticas alternativas, propiciando ao paciente acesso democrático para optar pela forma terapêutica a ser utilizada.

Na vertente do Sistema de Saúde, mostra-se eficaz e de grande valia por ter bom custo-benefício e compreender procedimentos não invasivos. Entretanto, é notória a falta de conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos benefícios da fitoterapia como terapêutica para tratamento de feridas e lesões. Desta forma, torna-se necessário o conhecimento sobre as atribuições terapêuticas de diferentes tipos de plantas medicinais, beneficiando não somente o paciente, mas todo o sistema de saúde (SOUZA & RODRIGUES, 2016).

Assim, torna-se nítido que as propriedades medicinais de diferentes plantas em estudo ofertam atribuições terapêuticas eficazes no tratamento de feridas e lesões, possibilitando cicatrização e regeneração dos tecidos, além de oferecer outras funções positivas. Portanto, partindo das pautas explícitas, esta pesquisa objetiva reconhecer as atribuições e benefícios das plantas medicinais no tratamento de feridas, além de ser intrinsecamente embasada na pergunta de pesquisa: Quais os benefícios e propriedades das plantas medicinais no tratamento da cicatrização de feridas?

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo expandido, construído por meio de revisão integrativa de literatura, entre setembro e outubro de 2021. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Para a busca foram utilizados os descritores indexados em Ciências da Saúde (DeCS): “Cicatrização”, “Ferimentos e Lesões” e “Plantas Medicinais”, utilizando-se para o cruzamento o operador booleano “AND”. Desta busca, foram recuperados 112 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Resultou-se como estratégia de busca: “Cicatrização” AND “Ferimentos e Lesões” AND “Plantas Medicinais”.

A seleção foi executada levando em consideração o recorte temporal de 2016 a 2021 e mediante protocolo de busca elaborado para o levantamento e leitura minuciosa dos artigos. Foram adotados como critérios de inclusão: idioma em português, estudos publicados nos últimos cinco anos, que respondessem ao objetivo do estudo e textos completos. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados nas bases, publicações fora do recorte temporal definido e que não se relacionaram ao objetivo proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após serem submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 45 artigos, dos quais dez permaneceram como amostra. Para a análise, foram escolhidos artigos que respondessem ao objetivo da pesquisa, fornecendo aos autores conhecimentos fidedignos acerca do tema em estudo (**Quadro 30.1**).

Quadro 30.1 Publicações elegíveis para análise

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS
O uso das plantas medicinais na cicatrização das feridas: uma revisão integrativa	MONTE *et al*., 2018	Apresentar uma atualização de informações sobre as principais plantas medicinais usadas no tratamento de cicatrização das feridas cutâneas, bem como sua comprovação científica.
Plantas medicinais no processo de cicatrização de feridas: revisão de literatura	RAMALHO *et al.,* 2019	Identificar plantas utilizadas no processo de cicatrização.
Efeitos medicinais da guaçatonga na cicatrização de feridas: revisão de literatura	BARBOSA, 2019	Compreender e levantar dados que reforçam as propriedades cicatrizantes da planta Guaçatonga como uma possível alternativa para promover reparação tecidual e cicatrização de feridas.
A incorporação dos fitoterápicos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa	LEAL *et al*., 2016	Expor a importância da integração dos fitoterápicos como recurso terapêutico no tratamento de feridas.
Plantas medicinais usadas para tratamento de lesões de pele: revisão de literatura	FLORES, 2016	Fazer uma revisão de literatura de plantas medicinais utilizadas para tratamento de lesões de pele em seres humanos.
Plantas medicinais: indicação de raizeiros para o tratamento de feridas	SOUZA & RODRIGUES, 2016	Analisar as indicações e o conhecimento de raizeiros quanto ao uso de plantas medicinais para o tratamento de feridas.
O papel benéfico das plantas medicinais na cicatrização de feridas cutâneas em modelos experimentais: uma revisão da literatura	MARINHO, 2018	Apresentar os estudos publicados na literatura científica sobre plantas encontradas no Brasil que tiveram papel benéfico no processo de cicatrização de feridas cutâneas em modelos de animais experimentais.
Eficácia das plantas medicinais na cicatrização de feridas de pacientes diabéticos	DURVAL *et al.,* 2019	Informar a relevância das práticas populares medicinais a respeito de plantas cicatrizantes no tratamento de feridas diabéticas.
Propriedades medicinais do óleo da Copaifera Langsdorfii: uma revisão integrativa da literatura	QUEMEL *et al*., 2021	Identificar, com base na literatura, as principais utilizações medicinais do óleo de copaíba e avaliar sua composição fitoquímica e possível toxicidade.
Utilização da planta medicinal babosa (Aloe Vera) como agente cicatrizante: uma revisão de literatura	ROCHA, 2021	Levantar, através de uma revisão de literatura integrativa, como a babosa age no processo de cicatrização, além de analisar seu uso em composição com o colágeno e comparar sua eficácia com outras formas de tratamento utilizadas.

Logo, explicitou-se que as plantas medicinais em estudo apresentam enorme potencial cicatrizante, além de inúmeras outras contribuições medicinais, como: maior síntese de colágeno, maior quantidade de fibroblastos e angiogênese (responsáveis pelo desbridamento e remodelamento fisiológico). Entre as plantas estudadas, encontram-se: *Schinus terebinthifolius* (Aroeira), *Arnica Montana L.* (Arnica), *Aloe vera* (L.), *Burm. f.* (Babosa), *Stryphno-*

dendron adstringens Martius (Barbatimão), *Calendula officinalis* (Calêndula), *Copaifera langsdorffii* (Copaíba), *Helianthus annuus* (Girassol) e *Casearia sylvestris* (Guaçatonga).

De acordo com Marinho (2018), as plantas benéficas para a cicatrização de feridas são: Aroeira, que possui alto teor anti-microbiano; Babosa, apresentando eficácia na ação de cicatrização de queimaduras e ferimentos superficiais da pele; Barbatimão, aplicado na limpeza externa da pele, efetuando ação anti-inflamatória, antioxidante e anti-microbiana; Calêndula, estimulando o desenvolvimento do tecido de granulação; o girassol, a partir da extração do seu óleo com alto potencial cicatrizante e pode desinflamatório; e Guaçatonga, muito utilizada no tratamento de lesões e úlceras, devido a sua ação antimicrobiana contra diversos patógenos.

O óleo de copaíba, por sua vez, é uma das principais plantas utilizadas no tratamento de cicatrização de feridas e lesões, especificamente cutâneas, pois oferece um conjunto de atribuições benéficas para a cicatrização e todas as etapas do processo terapêutico, como efeito anti-inflamatório, potencial germicida e antisséptico, ação cicatrizante, antitumoral, antitumoral, antibacteriana, antifúngica e analgésica. Além disso, quando utilizado em curativos de pele e mucosa, possui ação emoliente (QUEMEL *et al*., 2021).

Durval *et al*. (2019) realizou um estudo sobre cicatrização de feridas crônicas, como a ferida diabética, no qual explicitou que as folhas e sementes da *Annona squamosa* (Pinha), possuem efeitos antimicrobianos, anti-inflamatórios e estimulantes da proliferação celular. Na amostra, explanou-se que, no fato mencionado, houve uma redução no tamanho da ferida, maior resistência à tração e epitelização. Outrossim, observou-se uma ação hipoglicemiante na *Catharanthus roseus* (Vinca) e maior produção de colágeno dos tecidos de granulação e resistência à tração.

Todos os fitoterápicos supracitados são medicamentos não-farmacológicos obtidos de plantas medicinais e aplicados na ferida em contato direto ou de extração do seu óleo vegetal a partir da sua árvore de origem (LEAL *et al*., 2016). Para isso, existem os raizeiros (nome dados às pessoas com conhecimentos específicos das plantas medicinais em incidência nas suas regiões), disseminando o alto conhecimento popular sobre os fito-terápicos indicados para o tratamento de feridas, comercialização das plantas e ciência das propriedades medicinais de cada planta (SOUZA & RODRIGUES, 2016).

Quanto à adesão das práticas integrativas nos sistemas de saúde, como a fitoterapia, Flores (2016) ratifica que ainda há pouco conhecimento acerca das plantas medicinais e ressalta a importância da inserção das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), voltadas à ampliação da utilização de plantas medicinais e suas propriedades benéficas. Paulatinamente, desenvolvidas as instruções sobre as vertentes culturais de tais plantas, este âmbito passará a ser mais valorizado por profissionais de saúde na prática assistencial, principalmente na atenção primária à saúde.

CONCLUSÃO

Destarte, com base nos resultados obtidos, conclui-se que as plantas medicinais possuem importantes propriedades medicinais na cicatrização de afecções dermatológicas. Portanto, faz-se necessária a implementação de práticas integrativas que promovam conhecimento sobre as possíveis plantas que poderiam participar da terapêutica da lesão, atuando como método não-farmacológico. Assim, torna-se imprescindível o reconhecimento dos profissionais de saúde

sobre esta nova forma de tratamento e as propostas de capacitação aos profissionais de saúde, fazendo-os aderir à propositura, beneficiando o sistema de saúde – devido ao custo-benefício - e, sobretudo, apresentando intervenções benéficas ao paciente.

Outrossim, são necessários novos estudos científicos que possam sugerir novas plantas para tratamento de cicatrização de feridas com comprovações clínicas e de bom custo-benefício, sempre levando em consideração os conhecimentos populares e conhecimentos empíricos a respeito do uso dos fitoterápicos. Neste contexto, é de suma importância que as investigações científicas confirmem a eficácia, bem como possíveis efeitos benéficos e adversos dos fitoterápicos, acarretando privilégios e vantagens não somente ao sistema de saúde, mas, principalmente, à saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, A. Efeitos medicinais da guaçatonga na cicatrização de feridas: revisão de literatura. Revista Saúde em Foco, v. 11, 2019.

DURVAL, S.F. *et al*. Eficácia das plantas medicinais na cicatrização de feridas de pacientes diabéticos. Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq, v. 21, 2019.

FLORES, D.L. Plantas medicinais usadas para tratamento de lesões de pele: revisão de literatura [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

LEAL, G.A. *et al*. A incorporação dos fitoterápicos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa. Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq, v. 18, 2016.

MARINHO, P.C. O papel benéfico das plantas medicinais na cicatrização de feridas cutâneas em modelos experimentais: uma revisão da literatura. Revista de Ciências da Saúde Básica e Aplicada, v. 1, 2018.

MONTE, N.L. *et al*. O uso das plantas medicinais na cicatrização das feridas: uma revisão integrativa. In: Anais III CONBRACIS. Campina Grande: Editora Realize, 2018.

RAMALHO, M.P. *et al*. Plantas medicinais no processo de cicatrização de feridas: revisão de literatura. Revista Expressão Católica Saúde, v. 3, p. 1, 2018.

ROCHA, R.T.M. Utilização da planta medicinal babosa (Aloe Vera) como agente cicatrizante: uma revisão de literatura [trabalho de conclusão de curso]. Governador Mangabeira: Faculdade Maria Milza, 2021.

SOUZA, D.R & RODRIGUES, E.C.A.M.S. Plantas medicinais: indicação de raizeiros para o tratamento de feridas. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 29, p. 197, 2016.

QUEMEL, G.K.C. *et al*. Propriedades medicinais do óleo da Copaifera Langsdorfii: uma revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, p. 10490, 2021.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 31

CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DO SONO E RENDIMENTO ACADÊMICO DE ESTUDANTES DA SAÚDE DE PERÍODO INTEGRAL

AUTORES

THAMIRES DA SILVA LEAL[1]
RONIEL ALEF DE OLIVEIRA COSTA[1]
DAISY SATOMI YKEDA[2]
MAYKO FARLEY FALCÃO AVELLINO ALVES[3]
JESSYCA RODRIGUES MELO[4]
LÍVIA CRISTINA SILVA[4]
MARISA FERREIRA ROCHA[4]
KAIO VITOR GONÇALVES FERNANDES[4]

FILIAÇÃO

1. Fisioterapeuta – Residência em Terapia Intensiva do Adulto da Universidade Estadual do Piauí.
2. Docente – Programa de Residência em Terapia Intensiva do Adulto da Universidade Estadual do Piauí.
3. Fisioterapeuta – Centro Universitário Uninovafapi.
4. Psicólogo(a) - Residência em Terapia Intensiva do Adulto da Universidade Estadual do Piauí.

Palavras-chave: Sono; Desempenho acadêmico; Estudantes universitários.

INTRODUÇÃO

O sono é um estado fisiológico especial que ocorre de maneira cíclica em uma grande variedade de seres vivos, tendo sido observados comportamentos de repouso e atividade, compondo um ciclo vigília-sono em um ritmo circadiano (FERNANDES, 2006). Marques *et al.* (1999) complementam esta afirmativa ao descreverem-no como ritmo sincronizado por fatores ambientais, tais como o ciclo claro-escuro, horários de trabalho, estudos, atividades familiares e atividades sociais, mantendo também relação de fase com outros ritmos biológicos no próprio organismo.

A necessidade diária de sono varia de acordo com a idade e de forma individual. Entre os adultos, a necessidade diária de sono varia de 5 a 8 horas, em média. A maioria dos adultos não se sente completamente refeito de sua necessidade de sono com menos de 7 horas por dia, embora as demandas socioculturais habitualmente o obriguem a dormir menos do que sua necessidade fisiológica. Pessoas com necessidade de sono muito reduzida como 3 horas/dia, sem qualquer comprometimento físico, mental ou intelectual, são raras (FERNANDES, 2006).

O sono está relacionado à consolidação da aprendizagem e da memória, além de ter um papel importante no controle dos processos restaurativos. Para que ocorram tais processos de restauração e consolidação da memória, no entanto, é necessário que haja uma boa qualidade do sono. Discorrer sobre a qualidade do sono implica em entender o quão bem um indivíduo se sente quanto ao seu sono, e até que ponto isso pode afetar o seu funcionamento diário. Alguns aspectos, como latência do sono, duração, distúrbios, fatores que podem fragmentar o sono, arquitetura do sono alterada, eficiência, regularidade, e intensidade ou qualidade do estado de repouso, são indicadores que descrevem a qualidade do sono (CURCIO *et al.*, 2006).

A ocorrência da privação do sono, que é consequência de um período longo sem dormir ou do sono fragmentado, pode resultar na qualidade do sono ruim e acarretar sonolência diurna excessiva. Essa pode ser conceituada como uma necessidade ou desejo aumentado de dormir, para a qual um curto repouso não garante completo restabelecimento (DORRIAN & DINGES, 2005).

Atividades acadêmicas, extensos horários direcionados aos estudos, demandas extra-curriculares inerentes ao curso universitário e aulas podem estar relacionados à privação do sono, acarretando, com isso, níveis elevados de sonolência ao longo do dia (LABERGE *et al.*, 2001).

A sonolência diurna excessiva pode levar a distúrbios de sono mais sérios, afetando em longo ou curto prazo o desempenho da maioria dos domínios cognitivos do indivíduo, acarretando prejuízos sobre a atenção, concentração e memória operacional. Dentre as implicações sobre o desempenho cognitivo estão o aumento de erros em atividades que demandam atenção, sobretudo naquelas com maior grau de complexidade, e o decréscimo do rendimento em tarefas em que é necessário o emprego da memória operacional, componente do sistema de memória que armazena provisoriamente informações importantes durante a realização de tarefas cognitivas, dentre outros efeitos indesejáveis (GOHAR *et al.*, 2009; LIM & DINGES, 2010; SADEH *et al.*, 2011).

MÉTODO

Trata-se de um estudo clínico, observacional, prospectivo e transversal realizado em uma instituição pública de ensino com 76 acadêmicos de período integral do Centro de Ciências da Saúde de uma universidade pública.

Foram incluídos os acadêmicos maiores de 18 anos que estivessem entre o segundo e oitavo período do seu respectivo curso de período integral da universidade pública em questão que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os participantes que desistiram da pesquisa ou não preencheram correta e/ou completamente os questionários de investigação do estudo. A pesquisa foi realizada no Centro de Ciências de Saúde (CCS) de uma universidade pública entre o período de março de 2017 a julho de 2018.

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da UESPI e aprovado conforme o Parecer 1.977.906. Os alunos foram convidados a participar da pesquisa e foi explicado o objetivo e os procedimentos do estudo. Em seguida, foi repassado aos acadêmicos que concordaram em participar um formulário online elaborado na plataforma do Google Drive, que continha os instrumentos utilizados. Foram aplicados três questionários: o de dados pessoais (abrangendo variáveis como idade, sexo, gênero, período letivo, quantas horas de estudo por dia, rendimento acadêmico e uso de aparelhos eletrônicos antes de dormir), o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR) e Escala de Sonolência Diurna de Epworth (ESE). Também foi solicitado ao participante que informasse seu Rendimento Acadêmico.

Os domínios do PSQI verificados foram os seguintes: Qualidade subjetiva do sono; Latência do sono; Duração do sono; Eficiência habitual do sono; Distúrbios do sono; Uso de medicamentos para dormir e Sonolência diurna e distúrbios durante o dia, como disponibilidade e entusiasmo para a execução de atividades rotineiras. Cada componente é avaliado com uma pontuação de 0 a 3, onde 0 é uma pontuação muito boa e 3 uma pontuação muito ruim. Quando somadas as pontuações dos sete componentes, a menor pontuação é 0 e a maior 21 pontos. Os entrevistados que apresentaram pontuação menor que cinco foram classificados com boa qualidade de sono, os que obtiveram pontuação entre cinco e dez foram classificados com qualidade de sono ruim e os que obtiveram pontuação maior que dez formam os classificados com distúrbio do sono.

A Sonolência Diurna foi mensurada pela Escala de Epworth. Esta escala é validada para uso no Brasil e avalia a probabilidade de o indivíduo cochilar em situações rotineiras como ler e assistir televisão. A sua pontuação varia de 0 (zero) a 3 (três) pontos em cada situação analisada, onde “0” representa não cochilar nunca; “1” pequena chance de cochilar; “2” moderada chance de cochilar; “3” grande chance de cochilar. Os entrevistados que apresentaram pontuação maior que 10 foram classificados com sonolência diurna excessiva e os que obtiveram pontuação entre 8-10 foram classificados com uma tendência à sonolência.

Os dados foram inseridos em planilha do Excel e foi realizada a análise estatística dos dados por meio do programa de estatística Bioestat 5.3. Foram realizadas análises descritivas em média e desvio padrão. Realizou-se correlação de Pearson, considerando forte o $r > 0,7$ e os dados foram comparados com Teste t de Student, considerando estatisticamente significante o $p \leq 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 76 estudantes, com média de 21 anos de idade. Deste total, 61 eram mulheres (86,26%) e 15 eram homens (19,74%). Participaram da pesquisa 7 blocos de alunos, sendo 12 do 2° período (16%); 15 do 3° período (20%), 15 do 4° período (20%); 7 do 5° período (9%), 10 do 6° período (13%); 7 do 7° período (9%) e 10 do 8° período (13%).

A média de sonolência excessiva da amostra, obtida a partir da Escala de Sonolência de Epworth, foi de 9,5 ± 4,1 pontos. O teste Kruskal Wallis não revelou diferenças entre os períodos (H=11,8 e p = 0,06). Estes dados apontam que, apesar da média ser relativamente alta, na amostra geral foi observada uma tendência para a apresentação de sonolência diurna excessiva.

Os escores do PQSI-BR obtidos pela amostra foram de 7,47 ± 3,03 pontos. O teste Kruskal Wallis não revelou diferenças entre os períodos (H = 7,8 e p = 0,25). Os dados sugerem que os participantes possuem qualidade do sono ruim, evoluindo para distúrbio de sono.

O Índice de Rendimento Acadêmico (IRA) obtido pela amostra geral foi de 8,28 ± 0,73 pontos. Os dados demonstram que a média geral não esteve abaixo do valor de 7,0 pontos, o que indicaria um rendimento acadêmico ruim, entretanto, cerca de 4% da amostra apresentou coeficiente acadêmico de 6 pontos, valor inferior à média estabelecida pela instituição.

Tabela 31.1 Comparação entre homens e mulheres, quanto à qualidade de sono, sonolência diurna excessiva e índice de rendimento acadêmico

	Homens	Mulheres	t*	p
Qualidade de sono	8,26 ± 3,34	7,31 ± 2,93	-1,09	0,27
Sonolência diurna	7,73 ± 4,43	9,98 ± 3,93	1,93	0,05
IRA	8,23 ± 0,73	8,45 ± 0,65	0,39	0,42

* Teste t-student para amostras independentes.

Tabela 31.2 Médias e desvios-padrão dos níveis de Qualidade do Sono e Sonolência Excessiva dos estudantes do turno matutino, considerando a caracterização da amostra

Período	PSQI-BR	ESSE
2°	7,33 ± 2,67	7,66 ± 3,08
3°	8,8 ± 2,24	10,33 ± 4,27
4°	7,66 ± 3,77	9,53 ± 4,13
5°	7,14 ± 2,54	13,71 ± 3,9
6°	8 ± 2,98	9,7 ± 4,47
7°	5,57 ± 3,59	9,71 ± 3,3
8°	7,2 ± 2,69	7,4 ± 3,47

De acordo com a **Tabela 31.1**, as médias de pontos encontradas que mais se destacaram foram as de qualidade do sono para homens (8,26 ± 3,34) que foi bem superior à média encontrada para mulheres (7,31 ± 2,93). Porém, levando em consideração os valores achados para a sonolência diurna excessiva, foi demonstrado que, para as mulheres, a média foi muito superior (9,98 ± 3,93) que para os homens (7,73 ± 4,43). Os dados sugerem qualidade do sono ruim em homens e mulheres da amostra, com uma ligeira superioridade para o sexo masculino. Também indicam que os estudantes do sexo feminino apresentaram tendência para a sonolência diurna excessiva.

Quando verificado se existiam diferenças estatísticas, o teste t para amostras independentes demonstrou que, com um intervalo de confiança de 95%, foram verificadas diferenças significativas entre homens e mulheres nos níveis de qualidade de sono, porém não houve diferenças significativas nos níveis de sonolência e no rendimento acadêmico. Os achados sugerem que os homens possuem pior qualidade de sono (**Tabela 31.2**).

Em relação aos períodos, destaca-se o 3° período, onde os estudantes apresentam uma média de qualidade de sono ruim, superior a média dos demais períodos, bem como sonolência diurna excessiva. Também foram expressivos os valores para a qualidade de sono do 6° período e sonolência diurna excessiva para o 5°. Os dados obtidos apontam que em todos os períodos a qualidade de sono é ruim e também apresentam uma tendência à sonolência diurna ou já a apresentam efetivamente.

Quando se optou por correlacionar as variáveis estudadas, empregou-se o Teste de Correlação de Pearson. Este revelou que a sonolência diurna excessiva e a qualidade do sono estavam correlacionadas moderadamente. Esse achado sugere, de forma geral, que a

qualidade de sono ruim se explica pelos escores que indicavam tendência à sonolência diurna excessiva. Além disso, não foram verificadas correlações significativas entre a sonolência excessiva e o rendimento acadêmico, nem entre os valores do PQSI-BR e rendimento acadêmico. Os dados sugerem que na amostra não há associação significativa entre a sonolência excessiva e o rendimento acadêmico, e entre a qualidade do sono e o rendimento acadêmico, isto é, a qualidade de sono ruim e/ou a sonolência excessiva não chegam a influenciar o rendimento do estudante (**Tabela 31.3**).

Tabela 31.3 Coeficientes de correlação (r) para as variáveis "Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg", "Sonolência Diurna Excessiva" e "Índice de Rendimento Acadêmico"

	IQSP	SDE	IRA
IQSP	-	0,32	-0,072
SDE	0,32	-	-0,065
IRA	-0,072	0,065	-

O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh mostrou que 65% dos estudantes obtiveram pontuação entre 5-10, apresentando qualidade de sono ruim. Além disso, 13 participantes obtiveram pontuação maior que 10, indicando distúrbio do sono. Os dados obtidos sugerem que a maior parte dos acadêmicos possui uma qualidade de sono ruim (**Tabela 31.4**).

Tabela 31.4 Pontuação do Índice de Pittsburgh dos acadêmicos de Fisioterapia de turno integral de uma universidade pública

PQSI-BR	% de discentes
<5	17
5-10	66
>10	17

Dos 76 participantes da pesquisa, 33 acreditavam possuir uma boa qualidade de sono. Em 81% destes foi observado que, na verdade, apresentavam uma qualidade de sono ruim (PQSI-BR > 5). Esse dado sugere que boa parte dos participantes não tem conhecimento da sua verdadeira qualidade de sono.

A escala de sonolência diurna de Epworth mostrou que 43% dos participantes obtiveram pontuação acima de 10, apresentando sonolência diurna excessiva. Além disso, 20% obtiveram pontuação entre 8-10, apresentando uma tendência para a apresentação de sonolência diurna excessiva, como mostrado na **Tabela 31.5**.

Tabela 31.5 Pontuação da Escala de Sonolência Diurna de Epworth dos acadêmicos de Fisioterapia de turno integral de uma universidade pública

ESE	% de discentes
<10	57
>10	43

A média de sonolência diurna dos participantes ficou próxima a 10 pontos, valor que aponta para o diagnóstico de sonolência diurna excessiva, indicando que os sujeitos tinham tendência a apresentar sonolência excessiva, sem diagnóstico fechado.

Esses dados foram bastante similares aos encontrados na pesquisa de Danda *et al.* (2005), realizada com 410 estudantes de Medicina que estudavam em turno integral, inclusive com atividades extracurriculares como plantões, pesquisas e monitorias. O escore médio obtido com a Escala de Sonolência de Epworth foi de 9,26 ± 3,41, também muito próximo ao valor de diagnóstico. Foi destacado que esses valores decorrem da privação parcial de sono noturno e da fadiga e estresse a que os estudantes estão constantemente submetidos durante a graduação.

O horário das atividades acadêmicas frequentemente demanda do estudante um atraso do horário de início do sono, bem como um tempo de sono total mais curto. O débito do sono acumulado durante a semana tem como

resultado a sonolência diurna excessiva, que é um dos efeitos manifestados em decorrência dessas alterações do ciclo sono e vigília (ELIASSON *et al.*, 2010).

Os resultados demonstrados pelos Testes de Correlação, de que a qualidade do sono está correlacionada moderadamente à sonolência diurna excessiva, sugerem que a qualidade do sono ruim verificada não está totalmente relacionada aos níveis de sonolência diurna excessiva (MAYOR *et al.*, 2008). Em outras palavras, dormir mal não necessariamente é sinônimo de estar com sonolência.

A respeito do diagnóstico de qualidade de sono ruim, no estudo de Mayor *et al*. (2008), com 76 estudantes de Medicina durante o período de atividades práticas (abrangendo manhã e tarde) e 82 outros que estavam no período de recesso, foi verificado no primeiro grupo uma pior qualidade do sono, devido ao número elevado de demandas que contribuíam com o déficit de sono. No presente estudo, foi levantada a possibilidade de que os estudantes, ao tentarem atender às demandas acadêmicas, tiveram que atrasar diariamente o horário de dormir, dedicar um número menor de horas ao sono noturno e reduzir a eficiência do seu sono, acarretando a qualidade do sono ruim. Desta forma, para que possam atender as demandas da graduação e providenciar para que as pendências atrasadas possam ser minimizadas, eles necessitam encurtar a duração total do sono, bem como atrasar o horário de início (OHAYON *et al*., 2004; CARSKADON *et al.*, 2001).

Ainda no presente estudo, as mulheres apresentaram os piores níveis de sonolência diurna excessiva e os homens apresentaram os piores níveis de qualidade de sono. Esse dado sugere que as mulheres, por mais que apresentem uma qualidade de sono ligeiramente melhor que os homens, sofrem mais com a sonolência diurna.

Também não foi encontrada correlação entre a qualidade do sono, a sonolência excessiva e o rendimento acadêmico. Eliasson *et al.* (2010) avaliaram a relação entre o desempenho acadêmico e o sono de 170 estudantes. Foi verificado que o tempo total de sono não estava correlacionado ao rendimento acadêmico, enquanto os horários de dormir e acordar estavam associados a um melhor desempenho (melhores notas), isto é, os alunos que mantinham os horários de adormecer e de acordar relativamente estáveis, tanto nos dias letivos como nos fins de semana, tendiam a obter melhor rendimento acadêmico nas disciplinas.

O estudo de Medeiros *et al*. (2002), com 36 estudantes de Medicina com horários diferenciados ao longo da semana (aulas iniciando às 8h00 nas segundas, quartas e sextas, e às 7h00 nas terças e quintas), discute os horários de dormir, a duração e a regularidade do sono. Foi verificado que tais variáveis foram correlacionadas com o desempenho acadêmico, isto é, o sono irregular, o atraso do sono e a menor duração estavam diretamente relacionados a um pior rendimento.

Adeosun *et al.* (2008) mencionam que a privação crônica do sono está relacionada à sonolência excessiva, prejudicando o desempenho acadêmico, principalmente se a prática de leitura noturna é frequente. Os achados discutidos pela literatura mostram que o impacto é maior no turno diurno, provavelmente em decorrência de ser quase que totalmente constituído por cursos da área de saúde, conhecidos por sua extensa carga de demandas.

A mesma conclusão foi encontrada em Lima *et al*. (2002), que sugerem ser possível que o próprio horário em que se iniciam as aulas (8h),

somado à necessidade dos graduandos estudarem até tarde da noite para conseguir atender as demandas do curso (uma vez que passam o dia todo na universidade e só possuem o período da noite para estudar e executar as demais obrigações da graduação), os obriga a encurtar o sono, dormindo num horário mais tardio e acordando muito cedo para chegar a tempo das aulas no dia seguinte.

Na amostra de Rodrigues *et al.* (2002), composta por 172 estudantes de Medicina, foi avaliada a sonolência no início e no fim do semestre, sendo que o grupo diagnosticado com sonolência diurna excessiva apresentou piores médias de desempenho acadêmico. Adeosun *et al.* (2008) encontraram associações entre a qualidade do sono ruim e o pior desempenho acadêmico em estudantes de farmácia.

Apesar de a literatura sugerir uma forte correlação entre a qualidade do sono ruim, o diagnóstico de ESE e o pior desempenho acadêmico de estudantes, no presente estudo não foram confirmados tais achados, já que o rendimento acadêmico obtido pelos estudantes ficou acima da média de 7,0 pontos (considerada a média de aprovação em cada disciplina) e não esteve associado à qualidade do sono. No entanto, houve muita dedicação por parte dos estudantes a tais demandas, daí a pior qualidade do sono identificada.

Entender a qualidade do sono também implica a investigação de variáveis que possam estar a influenciando. O IRA necessitaria de ser usado como indicador do desempenho acadêmico junto com alguma outra ferramenta, já que representa as médias de disciplinas com níveis de cobrança diferenciados.

Este estudo destaca que o período integral afeta fortemente a qualidade de sono ou a sonolência excessiva dos estudantes. Além disso, outras variáveis podem estar associadas aos comportamentos de sono considerados de "risco". É o caso, por exemplo, do atraso do horário de dormir, importante na determinação da qualidade do sono ruim. Estudos posteriores terão a chance de analisarem o grau de influência de tais fatores.

CONCLUSÃO

Este estudo concluiu que não há uma correlação direta entre qualidade de sono, sonolência diurna e índice de rendimento acadêmico dos estudantes, entretanto, deve ser levada em consideração a grande dedicação por parte dos estudantes para suprir as demandas da graduação de período integral, daí a pior qualidade do sono e a tendência à sonolência diurna identificadas. Sugere-se a realização de mais trabalhos com essa temática, com mais participantes, para uma avaliação ainda mais profunda acerca do sono e seus efeitos na vida acadêmica.

Outro dado observado foi o tempo de sono diário dos estudantes. A média de horas dormidas por dia obtida foi de 5,74 ± 1,09 pontos, valor considerado insuficiente para a reparação do sono. Ao correlacionar as horas dormidas com a qualidade de sono, obteve-se uma correlação moderada ($r = -0,6$). Os dados sugerem que a baixa quantidade de horas dormidas é um dos fatores a influenciar numa qualidade de sono ruim, porém não é o único.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEOSUN, S.O. *et al*. Effects of night-reading on daytime sleepiness, sleep quality and academic performance of undergraduate pharmacy students in Nigeria. Sleep and Biological Rhythms, v. 6, p. 91, 2008.

CARSKADON, M.A. *et al.* Extended nights, sleep loss, and recovery sleep in adolescents. Archives Italiennes de Biologie, v. 139, p. 301, 2001.

CURCIO, G. *et al*. Sleep loss, learning capacity and academic performance. Sleep Medicine Reviews, v. 10, p. 323, 2006.

DANDA, G.J.N. *et al*. Padrão do ciclo sono-vigília e sonolência excessiva diurna em estudantes de medicina. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 54, p. 102, 2005.

DORRIAN, J. & DINGES, D.F. Sleep deprivation and its effects on cognitive performance. In: LEE-CHIONG, T., organizador. Encyclopedia of Sleep Medicine. New Jersey: John Wiley and Sons, 2005, p. 139-144.

ELIASSON, A.H. *et al*. Early to bed, early to rise! Sleep habits and academic performance in college students. Sleep and Breathing, v. 14, p. 71, 2010.

FERNANDES, R.M.F. O sono normal. Medicina, v. 39, p. 157, 2006.

GOHAR, A. *et al.* Working memory capacity is decreased in sleep-deprived internal medicine residents. Journal of Clinical Sleep Medicine, v. 5, p. 191, 2009.

LABERGE, L. *et al*. Development of sleep patterns in early adolescence. Journal of Sleep Research, v. 10, p. 59, 2001.

LIM, J. & DINGES, D.F. A Meta-analysis of the impact of short-term sleep deprivation on cognitive variables. Psychological Bulletin, v. 136, p. 375, 2010.

LIMA, P.F. *et al*. Sleep-wake pattern of medical students: early versus late class starting time. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, v. 35, p. 1373, 2002.

MARQUES, M.D. *et al*. Adaptação temporal. In: MARQUES, N. & MENNA-BARRETO, L., organizadores. Cronobiologia: princípios e aplicações. São Paulo: Fiocruz; Edusp, 1999, p. 45-84.

MAYOR, E.R. *et al*. Somnolencia y calidad de sueño en estudiantes de medicina durante lãs prácticas hospitalarias y vacaciones. Acta Médica Peruana, v. 25, p. 199, 2008.

MEDEIROS A.L.D. *et al*. Hábitos de sono e desempenho em estudantes de medicina. Revista Saúde do Centro de Ciências da Saúde (UFRN), v. 16, p. 49, 2002.

OHAYON, M.M. *et al*. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep, v. 27, p. 1255, 2004.

RODRIGUES, R.N.D. *et al*. Daytime sleepiness and academic performance in medical students. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 60, p. 6, 2002.

SADEH, A. *et al*. Online assessment of sustained attention following sleep restriction. Sleep Medicine, v. 12, p. 257, 2011.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 32

A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E AS TRANSFOMAÇÕES NO SETOR DA SAÚDE NO FUTURO: "A TECNOLOGIA NA SAÚDE"

AUTORA

SHIRLEY VAZ VEDOVATE[1]

FILIAÇÃO

1. Arquiteta e Urbanista – Especialista em Arquitetura de Hospitais, Clínicas e Laboratórios pela UNIP.

Palavras-chave: Inteligência Artificial; Hospitais do futuro; Inovação na saúde.

INTRODUÇÃO

A temática deste trabalho são as intervenções, alterações, modificações que podem ocorrer com a chegada e utilização da Inteligência Artificial (IA) no setor da saúde, principalmente nos hospitais, tanto nas questões de diagnósticos como em espaços físicos renovados ou alterados conforme nova função e uso. A IA representa uma verdadeira revolução na personalização da saúde e aproximação com os pacientes. Portanto, adequar-se à nova realidade é vital para a sustentação e crescimento de negócios em saúde. A Inteligência Artificial atualmente é capaz de identificar patologias com mais exatidão do que a média humana, determinar uma pontuação de risco e reorganizar a fila do médico enquanto os exames estão em triagem, para que as urgências sejam primeiramente diagnosticadas. Além disso, se o diagnóstico dos médicos e a previsão da IA divergirem, a plataforma envia o exame original para outros três médicos para laudo, eliminando, desta maneira, erros humanos. Atualmente, considera-se a IA principalmente em três planos: diagnóstico (sobretudo através da imagiologia, da genômica e da medicina preditiva), terapias (*biotechs*, próteses e robôs) e gestão de sistemas de saúde ao longo do tempo.

A capacidade de armazenamento e processamento de dados aumentou exponencialmente ao longo dos últimos anos, criando o conceito de *big data*. A Inteligência Artificial processa esses dados por meio de algoritmos, que tendem a se aperfeiçoar pelo seu próprio funcionamento (*self learning*) e a propor hipóteses diagnósticas cada vez mais precisas. Sistemas computadorizados de apoio à decisão clínica processam dados de pacientes e têm indicado diagnósticos com elevado nível de cura. As soluções e os algoritmos também ajudam a reduzir o número de exames desnecessários e evitar erros nos diagnósticos e desfechos adversos para os pacientes devido à falha na interpretação de exames, aspectos esses responsáveis também pela variabilidade do cuidado ao paciente.

O supercomputador da IBM, denominado *Watson*, armazena um volume extraordinário de informações em saúde, criando redes neurais de processamento de dados em vários campos, como a oncologia e a genética. *Watson* assimilou dezenas de livros-texto em medicina, toda a informação das bases PubMed e Medline e milhares de prontuários de pacientes do Sloan Kettering Memorial Cancer Hospital. Sua rede de oncologia é hoje consultada por especialistas de um grande número de hospitais em todo o mundo. Já o supercomputador inglês *Deep Mind*, do Google, registrou informações de 1,6 milhão de pacientes atendidos no National Health Service (NHS), permitindo desenvolver novos sistemas de apoio à decisão clínica, analisando dados desses pacientes, gerando alertas sobre a sua evolução, evitando medicações contraindicadas ou conflitantes e informando tempestivamente os profissionais de saúde sobre seus pacientes. O *Deep Mind*, ao avaliar um conjunto de imagens dermatológicas na pesquisa de melanoma, mostrou um desempenho melhor do que o de especialistas (76% *versus* 70,5%), com uma especificidade de 62% *versus* 59% e uma sensibilidade de 82%. Mas, se o computador fornece o *know-what*, caberá ao médico discutir o problema de saúde e suas possíveis soluções com o paciente, indicando o *know-why* do seu caso.

Estima-se que até 2025 o uso dessa tecnologia aplicada ao setor da saúde movimente mais de 34 bilhões de dólares, sempre impulsionado pelo desejo de automatizar tarefas-chave e gerar *insights*, principalmente no gerenciamento de cuidados com a saúde. De acordo com dados do IDC, empresa global de

inteligência de mercado, até 2021 cerca de 20% das organizações de saúde terão alcançado de 15 a 20% dos ganhos de produtividade por meio da adoção da tecnologia artificial (PORTAL SAÚDE BUSINESS, 2019). Levantamento realizado pelo MIT Technology Review Insights mostra que 93% dos médicos entrevistados admitiram maior velocidade e precisão dos dados dos pacientes, enquanto 78% identificaram um melhor fluxo de trabalho em seus consultórios (PORTAL SAÚDE BUSINESS, 2020). Com o uso da IA, será possível orientar processos e organizar trabalhos a fim de reduzir o tempo de espera, antecipar as necessidades em termos de leitos, melhorar o desempenho global dos serviços e do ecossistema da saúde, tanto nos hospitais, consultórios e atendimento domiciliar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A inteligência artificial na saúde

São exemplos reais dos benefícios da atuação da IA na saúde, próteses robóticas, prontuários eletrônicos, diagnósticos precisos emitidos por robôs e cirurgias robóticas. O poder transformador da IA está reverberando em muitos setores, do atendimento hospitalar à pesquisa clínica, passando pelo desenvolvimento de medicamentos seguros. Os softwares de IA estão revolucionando a forma como o setor de saúde trabalha para reduzir os gastos e melhorar os resultados dos pacientes. Além do auxílio no diagnóstico, oferecendo uma visão mais precisa e completa sobre a doença por meio do cruzamento de informações, soluções com Inteligência Artificial conseguem realizar notificações do paciente em tempo real ao médico, atualizando a ficha e o histórico de saúde.

O Hospital 9 de Julho, em São Paulo, foi o primeiro hospital do mundo a utilizar inteligência artificial para ampliar a segurança dos pacientes. O sistema que foi desenvolvido no Laboratório de Tecnologia Avançada (ATL), da Microsoft, é responsável pelo monitoramento de pacientes por meio de sensores inteligentes que detectam movi-mentações fora do padrão em tempo real (como uma perna para fora ou a grade do leito abaixada), por meio do *machine learning*. Esta é uma maneira de diminuir a taxa de queda de pacientes em hospitais, que varia de 3 a 5 por cada 1.000 pessoas internadas por dia.

O *Tensorflow*, criado pelo Google em 2015, tem como objetivo ser uma biblioteca de códigos para auxiliar a IA. O primeiro diagnóstico feito pelo sistema foi de retinopatia diabética. A tecnologia possibilitou que o robô realizasse a triagem e que fosse determinado quais eram as prioridades de atendimento dentre os pacientes que estavam na fila das unidades de emergência. A IBM também desenvolveu um programa de IA, chamado *Watson* que, utilizando a tecnologia do *deep learning*, consegue auxiliar no tratamento do câncer. O programa utiliza dados clínicos e genéticos fornecidos pelos pacientes para indicar possíveis tratamentos disponíveis. Exames que demandam essencialmente análise de imagens, como raios X e ressonância magnética, conseguem ser analisados mais rapidamente pela máquina do que por um ser humano, pois a máquina, ao ser programada, detecta diversos padrões específicos em questão de segundos. Por exemplo, um sistema criado na França e na Alemanha já consegue detectar um câncer de pele com 95% de precisão. Já um sistema de *DeepMind*, do Google, consegue detectar com precisão superior ao médico mais de 50 tipos de doenças nos olhos. O impacto da Inteligência Artificial, do *machine learning* e do *deep learning* no campo da medicina está apenas saindo da maternidade, mas as transformações que irão ocorrer na indústria da saúde nos

próximos anos com o amadurecimento destas tecnologias são surpreendentes.

Como a inteligência artificial vai mudar os negócios e trabalhos na área de saúde

A inteligência artificial é capaz de proporcionar mudanças drásticas no setor de saúde. O uso de dados, por exemplo, é um dos pilares dessa transformação. No entanto, isso não significa que os profissionais de saúde serão deixados de lado, mas que eles terão que mudar a maneira de trabalhar. Para eles, será preciso aprender a interpretar estatísticas de forma a compreender quais são as possi-bilidades reais de diagnósticos. O imediatismo que essas plataformas proporcionam, aliado a confiabilidade que o histórico de dados é capaz de entregar, faz com que os pacientes busquem assertividade, não bastando uma vaga ideia sobre o diagnóstico, mas a busca pelo resultado mais preciso possível. Se antes era improvável a possibilidade de consultar toda a literatura médica para obter respostas sobre um caso, hoje a inteligência artificial torna isso possível, retornando as probabilidades de diagnóstico mais factíveis para que os profissionais de saúde decidam como prosseguir com o tratamento. A figura do especialista em análise de dados, por exemplo, passa não apenas a ser uma realidade como também uma necessidade em muitas áreas.

As *startups* de tecnologia na área de saúde, chamadas *Health Techs*, estão em pauta. Em 2017, segundo informações do site PitchBook, foram investidos mais de US$ 4,5 bilhões nesse setor (LIGHTBOWN, 2017). Vários hospitais e consultórios já adotam tecnologias como impressão 3D em massa (MEDILAB, 2018b), pílulas digitais, *big data*, Inteligência Artificial, algoritmos preventivos e nano robótica como formas de trazer novidades para os pacientes.

Aplicações utilizadas na IA atualmente

A tecnologia está presente em diversos setores da economia, com inovações e soluções usadas no cotidiano da sociedade para aprimorar o modo de vida das pessoas. Com essa tecnologia, os processos realizados no setor se tornam mais eficientes, diminuindo custos da operação de clínicas, hospitais e consultórios. Desse modo, a tecnologia na saúde tem objetivos que visam transformar os processos e procedimentos, desde a indústria médica até o histórico de diagnósticos de cada paciente. Há várias aplicações sendo utilizadas na IA, tais como:

Softwares e base de dados: Com o avanço da tecnologia, os softwares desenvolvidos para o setor passaram a ser mais eficazes. Um dos principais feitos da Inteligência Artificial na medicina diz respeito à capacidade dos computadores de auxiliar no tratamento de doenças (ROBERTO, 2018). Em tais informações, ainda é possível conferir os efeitos colaterais e o grau de risco de cada alternativa. A vantagem desse mecanismo é clara: antes de recorrer às inúmeras combinações de medicamentos, os especialistas podem optar por práticas mais seguras e indicadas, melhorando, assim, a qualidade de vida dos pacientes. Atualmente, é possível ter o histórico do paciente de maneira muito mais rápida, além de possibilitar o armazenamento de novas informações já em seu histórico. Com a IA, é possível ter prontuários eletrônicos, também chamados de PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente) (EQUIPE TOTVS, 2021). A Inteligência Artificial pode ajudar vários segmentos da medicina a armazenar e recuperar dados por meio da nuvem (*cloud computing*, em inglês), proporcionando maior segurança aos pacientes. Ao digitalizar laudos e prontuários, o profissional da área terá maior organização em seu trabalho, facilitando o acesso e a proteção

dos arquivos (MEDILAB, 2018a). Dessa forma, muitos processos podem ser realizados automaticamente, o que libera os profissionais de saúde para focarem nos pacientes. Assim, a área da saúde se beneficiará de uma base de dados completa e atualizada, que trará atualizações constantes sobre o setor. Por meio das soluções tecnológicas certas, é possível realizar um rastreamento para avaliar o histórico familiar das pessoas, determinando a probabilidade de que elas adquiram uma doença. Com isso, pode-se evitar o desenvolvimento da enfermidade, além das chances de cura serem maiores.

Processos administrativos: A IA dá suporte a tarefas administrativas ao extrair grandes volumes de dados. Ela ajuda os médicos a oferecer atendimento mais personalizado através de informações detalhadas. Já existem sistemas que utilizam a solução de IA da IBM, o *Watson*, para analisar milhares de artigos de medicina e informar os médicos sobre planos de tratamento.

Otimização do atendimento: A agilidade promovida pelo agenciamento eletrônico de dados de cadastros, exames e agenda de consultas contribui para o atendimento (MIOTEC, 2018a). Com a implementação de tarefas automatizadas, a recepção pode se ater a aspectos mais cuidadosos da relação com o paciente. A otimização do atendimento pode ser coordenada em conjunto com programas de gestão de clínicas e hospitais, com marcações de consultas, exames e retornos sendo realizados com um grande grau de personalização, tornando todo o suporte e comunicação mais humanizados (MIOTEC, 2018b).

Precisão nos resultados de exames: Recentemente, pesquisadores nos EUA, na Alemanha e na China desenvolveram um algoritmo composto por um vasto banco de imagens de exames radiológicos (LAFEE, 2018). As tomografias ópticas são realizadas para analisar as diferentes camadas da retina e encontrar possíveis alterações que possam causar a perda da visão. Após um treinamento, a ferramenta aprendeu a identificar certas características das imagens que são importantes para a obtenção de um diagnóstico preciso e definitivo. Para os pesquisadores, o resultado foi incrível: o programa conseguiu superar os especialistas em retina na identificação de diagnósticos.

Associação de sintomas: Outra função que se destaca no campo da Inteligência Artificial é a associação de sintomas para obter um diagnóstico preciso. Uma ferramenta que tem se mostrado bastante eficiente nesse caso é o *TensorFlow*, uma biblioteca de software desenvolvida pelo Google. Com ela, é possível identificar complicações como a retinopatia diabética — causada pela diabetes, que afeta os olhos. A ferramenta observa as fotografias da retina do paciente e as compara com as imagens de seu banco de dados. O objetivo é encontrar algum problema a partir da semelhança das imagens. Também há a possibilidade de fazer associações entre os sintomas, de acordo com a enfermidade e o histórico do paciente.

Alerta sobre o quadro do paciente: A Inteligência Artificial na medicina vem sendo trabalhada para alertar em tempo real o médico sobre mudanças no quadro do paciente. Isso pode ser feito por meio de um programa, conectado a um monitor de computador, que envia alertas ao profissional em situações de emergência. Em outras situações de menor urgência, o sistema ainda é capaz de analisar resultados de exames laboratoriais e prescrições de medicações, além de enviar alertas e lembretes.

Nas cirurgias: As cirurgias assistidas por IA proporcionam aos cirurgiões maior precisão e a redução dos períodos de internações. As chamadas "cirurgias minimamente invasivas" permitem um procedimento menos traumático e de recuperação mais fácil e rápida, uma vez que é suficiente uma pequena incisão. Ou seja, no lugar de precisar se recuperar de um corte extenso e profundo, a recuperação fica mais restrita à intervenção no órgão que precisava ser curado. Nesses casos, por meio da IA os robôs podem usar dados de cirurgias anteriores para informar ao médico novas técnicas cirúrgicas. Um estudo com 379 pacientes verificou cinco vezes menos complicações em razão do uso de robôs com IA incorporada por parte dos cirurgiões (KALIS *et al*., 2018).

Na enfermagem: Os enfermeiros virtuais podem monitorar pacientes e responder rapidamente, sem intervalos de descanso. Com o uso combinado com a Internet das Coisas (IoT), a Inteligência Artificial ainda é capaz de monitorar pacientes e diminuir a carga de trabalho das equipes de enfermagem, que precisam medir a pressão, verificar o fluxo de soro, a oxigenação e outros dados de pacientes internados, por exemplo.

Maior precisão diagnóstica: Uma empresa dinamarquesa de software de IA testou com sucesso um algoritmo capaz de analisar tom de voz, ruídos de fundo e detectar paradas cardíacas com 93% de assertividade contra 73% de acerto dos diagnósticos feitos por humanos (KAHN, 2018). Alguns estudos indicam que de 50% a 63% das mulheres americanas que fazem mamografias regulares receberão ao menos um diagnóstico falso de câncer ao longo de dez anos (DEFRANK *et al.*, 2012). Essa margem de erro demanda a realização de testes adicionais e procedimentos desnecessários. Além disso, em cerca de 30% dos casos há discordância de diagnóstico em mamografias entre radiologistas. Sistemas de IA com reconhecimento de padrões visuais podem armazenar e comparar dezenas de milhares de imagens usando as mesmas técnicas dos seres humanos, com uma precisão estimada 5% a 10% superior à média dos médicos. Com o algoritmo "treinado", é possível realizar algumas automatizações, como disponibilizar botões com máscaras de pré-laudos, eliminando a necessidade de digitar. Essa possibilidade, combinada a uma interface amigável, agiliza o fluxo de trabalho em dez vezes, permitindo que nossos médicos realizem diagnósticos de milhares de exames diariamente, muito além de qualquer hospital no mundo. Com isso, também é possível derrubar o custo por exame. Os recursos de inteligência artificial aplicada à saúde permitiram que os softwares de identificação de doenças avançassem para um patamar de maior precisão, capaz de realizar leituras de imagem com maior acuidade**,** pois os programas são mais assertivos e velozes.

Cirurgias com uso de robôs e assistentes virtuais: Alguns procedimentos médicos já estão sendo realizados com uso de robôs desenvolvidos exclusivamente para trazer maior segurança e precisão em cirurgias e outras operações. Para a execução dessa tarefa, a inteligência artificial no campo da robótica foi fundamental. Com ela, foi possível desenvolver resultados que culminaram na execução de uma tarefa tão complexa por um robô. Graças à tecnologia, a necessidade de realizar cirurgias invasivas e arriscadas diminuiu. Isso porque é possível realizar diagnósticos mais precisos por meio de softwares que fornecem imagens dos órgãos internos dos pacientes. Os novos equipamentos possuem capacidade de identificar condições médicas que passariam despercebidas pelos médicos que estejam procurando algum outro problema de saúde imediato.

Aumento das chances de recuperação: A inteligência artificial desenvolve métodos de tratamento baseados em dados ricos, aumentando, assim, as chances de recuperação por paciente (MIOTEC, 2018c). No caso do câncer, por exemplo, a IA é usada para produzir medicamentos por meio de informações sobre genomas, podendo trabalhar com procedimentos personalizados que têm sua eficácia aumentada.

O hospital do futuro com a IA

O hospital do futuro será mais rápido e eficiente com a IA. Os super-robôs já são uma realidade e começam a ganhar espaço no dia a dia médico. Eles não possuem forma humana e tampouco exibem estrutura física, mas conseguem resolver problemas cada vez mais complexos. Configuram soluções que apostam em IA, conceito que está em alta em diferentes setores e que é a base da maioria das *health techs*, *startups* que combinam tecnologia na prestação de serviços em saúde.

Robôs minúsculos dentro das suas veias e órgãos, computadores que adivinham quando você vai ficar doente e dão o tratamento. Será o futuro assim? As máquinas e a Inteligência Artificial estarão muito mais presentes em toda a cadeia hospitalar com um alto grau de importância. O médico ainda estará lá, mas com um papel parecido com um supervisor responsável, dando a palavra final sobre o destino dos pacientes.

Do atendimento à internação, passando por exames e o consultório, contaremos não apenas com os médicos, mas também com programas inteligentes que se alimentam de grandes bancos de dados e entregarão diagnósticos com chance mínima de erro. No hospital do futuro, esse passo será ainda mais avançado, com dados sendo preenchidos em poucos segundos por biometria (reconhecimento de rosto e voz).

Alguns exemplos de aplicações da IA no futuro bem próximo:

Atendimento em casa: Relógios e pulseiras inteligentes já medem nossas calorias e batidas do coração. Um acessório para celulares chamado *Lenovo Vital* mostra dois tipos de pressão do sangue e a temperatura do corpo apenas com a leitura do seu dedo. No futuro, esses dados poderão ser enviados pela internet para o médico monitorar você à distância em tempo real.

Atendimento nas ruas: Em meio ao pânico de um acidente na rua, tempo e agilidade são fundamentais. Por isso, um aparelho que pesa menos de um quilo será preso ao braço para medir batimentos e pressão do sangue em até 60 segundos. Ele também será inteligente e capaz de dizer se a pessoa está estável, se precisa ir ao hospital ou ser tratado com urgência no local do acidente. Esse aparelhinho chama-se *DTR8*, da startup israelense Cardio-scale, e seria eficaz para pessoas comuns usarem em situações extremas antes da ambulância chegar, como guerras, ataques terroristas e desastres naturais.

Triagem inteligente: No futuro, os algoritmos acessarão seu histórico médico para agilizar o processo - é o mesmo método que o *Facebook* usa para determinar os posts que você vê. Só que em vez de apresentar conteúdo do seu gosto, os algoritmos médicos vão determinar a gravidade do seu problema.

Sua face: Nunca mais será necessário preencher uma ficha. Uma simples selfie, tirada pelo celular ou na própria recepção do hospital, poderá identificar seu rosto e puxar o seu histórico médico, poupando bastante tempo. Uma empresa de Atlanta (EUA) chamada Right Patient já está testando isso - identificação por voz também está sendo estudada.

App contra fatalidades: Se você tiver alguma doença que pode evoluir rapidamente para um quadro de emergência, o seu médico

ficará sabendo disso antes que você chegue ao hospital. O Royal Free, de Londresm está testando um app chamado *Streams*, criado pela *DeepMind*, empresa do Google. O app não é para o paciente, mas para o médico acompanhar pessoas com risco de insuficiência renal aguda.

A gota de sangue dirá tudo: Uma gota de sangue checada em segundos dará muito mais detalhes sobre sua saúde. A amostra será "digitalizada" e transmitida via internet para uma equipe de biomédicos, que analisa o resultado e dirá o que está errado. Quem processará as informações serão supercomputadores munidos de um grande banco de dados. Este projeto é da Microsoft Brasil com a Positivo e a empresa Hilab.

Análise de imagens: Sistemas de inteligência artificial já estão sendo treinados para detectar diferentes tipos de câncer, como câncer de mama, de intestino e de pescoço. Um sistema criado na França e na Alemanha já detecta câncer de pele com 95% de precisão. Já um sistema da *DeepMind*, do Google, é capaz de detectar com precisão superior à de médicos mais de 50 tipos de doenças dos olhos.

Cuidado com a privacidade: A inteligência artificial precisa de muitos dados, e isso aumenta o risco dessas informações serem vazadas. Nesse sentido, há brasileiros que trabalham com servidores de dados sem conexão à internet, e plataformas com criptografia estão sendo testadas.

Sala do médico: Com mais informações e análises à mão, o médico explicará seu quadro clínico com mais segurança. Mas, é claro, as máquinas estarão aqui também, preenchendo o restante de sua ficha apenas ouvindo sua voz. O médico contará com análises profundas até mesmo nas chapas do raio-x. Poderá usar desde um aparelho que exibe digitalmente um mapa de veias na pele em tempo real, chamada AccuVein ou, então, um óculos especial para projetar dados do paciente assim que o médico olhar para ele, como o HoloLens da Microsoft.

E até seu corpo será projetado no ar: A holografia, que envolve projetar imagens do ar, pode criar um modelo 3D para que você veja com seus próprios olhos seu sistema circulatório em tamanho e tempo real. Essa imagem poderá ser manipulada, ampliada, girada e marcada para identificar seus pontos fracos. Empresas como 3DSystems e a exVive3D já estudam isso.

Mais conhecimento: A máquina vai acelerar a análise e chegar em instantes às situações e nuances que indicam, com grandes chances de acerto, uma doença mais rara. "'Uma pessoa saudável é capaz de gerar o equivalente a 300 milhões de livros cheios de informações de saúde. Mas dessa informação, um humano só consegue analisar 0,5%. É basicamente isso que o *Watson* faz', diz Mariana Perroni, coordenadora médica da IBM. A Inteligência Artificial *Watson* está em testes na Beneficência Portuguesa de São Paulo" (PADRÃO, 2018).

Cirurgia e robótica: Apesar dos avanços, você ainda assim terá que passar pela mesa de operações. Mas neste hospital, o especialista terá a robótica ao seu lado para tornar esse momento crítico menos doloroso e mais eficaz. Robôs de diferentes formatos e funções estarão lá para cuidar de você da maneira mais correta. Até mesmo robôs do tamanho de células. Os novos robôs que estão para chegar são mais leves e menores, o que permite o acesso à novas áreas do corpo humano. Uma das novidades é a cirurgia inteligente para manobras e imagens captadas durante a operação. Tudo é integrado por meio de uma Inteligência Artificial que fará o equipamento "aprender" como operar para ajudar o cirurgião a ficar cada vez melhor.

Do tamanho de sequência de DNA: Em um estágio mais adiante, robôs entrarão no seu corpo. Versões microscópicas vão coletar

células, ministrar microdosagens de remédios e até mesmo eliminar o câncer, achando e retirando tumores. Um dos robôs já testados, da universidade do Arizona, nos EUA, já conseguiu transportar uma célula viva de levedura.

Sensores no quarto: Hoje em dia, infelizmente, ainda acontecem imprevistos nessa ala do hospital, como acidentes e complicações do pós-operatório. O quarto estará cheio de sensores, câmeras e objetos inteligentes que oferecem cuidados extras e alertam enfermeiros antes que algo ocorra.

Leitos antilesões: Quedas dentro do hospital são um grande motivo de preocupação. Um sistema inteligente de reconhecimento de imagens consegue prever as chances de acidentes. A máquina aprende, pelo movimento das pessoas nos leitos, a se antecipar e avisar sobre possíveis quedas.

Assistente 24 horas por dia: O comando por voz para um assistente virtual também será útil na internação. Em um quarto com microfones, o paciente poderá pedir em voz alta a troca do soro e interagir com enfermeiros. O serviço transcreve áudio para texto e elenca os pedidos na central de enfermagem de acordo com a prioridade do chamado.

Objetos monitoram tudo: Os objetos inteligentes (ou IoT) estarão em toda parte no quarto. Incubadoras e berços conectados avisarão ao médico pelo celular se o bebê começar a perder ar ou ter tosse excessiva. Além disso, segundo uma previsão da Semantix, empresa brasileira de *big data*, os sensores da cama poderão determinar, pelo toque, se o enfermeiro lavou as mãos antes e depois de interagir com o paciente, indicando o fato com uma luz vermelha ou verde.

Monitoramento: Tratamento encerrado. É hora de ir para casa. Só que, no futuro, você pode até sair do hospital, mas o hospital não sai de você. Em situações que exigem monitoramento constante, *gadgets* espertos que se misturam ao seu corpo estarão prontos para enviar informações para o paciente e para o médico.

Lentes de contato: A sala do médico é só o primeiro passo para vigiar suas doenças. Equipamentos vestíveis, que podem ser acoplados ao seu corpo, vão monitorar a sua saúde. Por exemplo, uma lente de contato poderá medir o nível de açúcar no seu sangue. Este é um projeto desenvolvido por empresas, como a farmacêutica Novartis e a Verily (outra empresa do Google), e pelo mundo acadêmico. Em caso de descontrole das taxas de açúcar no sangue, o acessório avisa diretamente no campo de visão do paciente.

Pele eletrônica: E que tal uma "pele eletrônica" mostrando os sinais vitais e ondas cardíacas em tempo real ao enfermeiro? Esse recurso vem da Universidade de Tóquio, no Japão. Além de monitorar o coração, ela exibe imagens pelo corpo, como as ondas do eletrocardiograma.

Inteligência artificial pode ajudar a prevenir o coronavírus

A IA está desempenhando dois papéis importantes de apoio nessa busca: sugerir componentes de uma vacina ao compreender as estruturas das proteínas virais e ajudar os pesquisadores médicos a vasculhar dezenas de milhares de artigos de pesquisa relevantes em um ritmo sem precedentes. Nas últimas semanas, as equipes do Allen Institute for AI, *Google DeepMind* e outras instituições criaram ferramentas de IA, compartilharam conjuntos de dados e resultados de pesquisa e os compartilharam gratuitamente com a comunidade científica global.

Pesquisadores do King's College London, no Reino Unido, do Hospital Geral de Massachusetts, nos Estados Unidos e da

empresa ZOE conseguiram desenvolver uma tecnologia de IA que prevê quando alguém está infectado, ou não, com o novo coronavírus (MEDICINA DIRETA, 2020). Já a Coreia do Sul, país modelo no combate à COVID-19, usou dados de diferentes fontes para mapear e monitorar a população que possa ter tido contato com algum infectado (PORTAL SAÚDE BUSINESS, 2020). Mapas interativos em tempo real através de algoritmos complexos podem prever surtos e sistemas de diagnóstico. Esses são apenas alguns exemplos de aplicações da Inteligência Artificial para prevenção do coronavírus e controle de sua disseminação. As soluções incluem o emprego da IA para processar grandes quantidades de dados de diversos países do mundo, em diversos idiomas. Os algoritmos vêm sendo usados para prever a propagação de uma doença específica, monitorando pacientes e operações departamentais na sala de emergência. A IA tem a capacidade de pesquisar rapidamente, em gigantescos bancos de dados, por medicamentos existentes que possam agir contra o coronavírus ou desenvolver um novo medicamento em questão de meses. Um exemplo disso é a companhia Insilico Medicine, que se especializou na utilização de inteligência artificial na área de pesquisa e desenvolvimento farmacêutico. A empresa usa um sistema que identifica milhares de novas moléculas que podem servir como potenciais remédios para o coronavírus em apenas quatro dias. Esse tipo de pesquisa pode se provar de vital importância no futuro, não só na prevenção do coronavírus.

Na China, robôs estão sendo usados em hospitais para aliviar o estresse causado nas equipes médicas. As ambulâncias na cidade de Hangzhou são assistidas por um sistema navegacional baseado em IA para ajudar a alcançar os pacientes mais rapidamente. Robôs também foram mandados para uma praça pública em Guangzhou para alertar os transeuntes que não estiverem usando máscaras. Também há indícios de que a China esteja usando drones para garantir que os habitantes estejam em casa.

A Huawei destacou que, no Brasil, uma solução de IA da empresa já está sendo utilizada pelo Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas, em São Paulo, para auxílio nos diagnósticos. No programa RadVid19, uma equipe de especialistas da instituição está fornecendo segundas opiniões sobre radiografias torácicas de casos suspeitos com ajuda da ferramenta de IA, que automaticamente identifica regiões potencialmente afetadas e dá uma porcentagem e probabilidade das alterações relacionadas à COVID-19. Há soluções de inteligência artificial de diversos fornecedores sendo utilizadas em variadas frentes. Entre elas, na operação de *call centers* voltados para notificação de casos suspeitos, na atuação de robôs que realizam desinfecção de hospitais, na detecção de temperatura de transeuntes através de vídeo e na identificação de cidadãos que não usam máscaras em locais públicos.

CONCLUSÃO

A maior mudança que a Inteligência Artificial vai gerar na saúde está relacionada a transformação do papel do médico, assim como nas futuras instalações de hospitais, clínicas e consultórios, tanto na parte física quanto administrativa.

Num futuro próximo, a inteligência artificial vai estar na base de “ambulâncias inteligentes” que chegam automaticamente à casa dos pacientes. De acordo com Rashid al Hashimi, do Ministério da Saúde dos Emirados Árabes Unidos (EAU), “os pacientes de alto risco vão poder usar dispositivos, que, no caso de acontecer alguma coisa, começam a enviar

todos os dados vitais para o sistema e o hospital. Desta forma, o médico vai poder monitorizar todos esses dados e o paciente" (EURONEWS, 2020). Neste cenário futuro, o percurso do veículo será facilitado pela passagem automática de todos os semáforos a verde. "Já dentro dos veículos, câmaras de alta resolução reconhecem as caras dos utilizadores e o sistema fornece todos os dados necessários aos socorristas. Todo o percurso é acompanhado por um médico virtual.

A inteligência artificial na saúde já demonstra seus efeitos e permite projetar no futuro ganhos ainda mais significativos para a economia, os pacientes, os médicos e os empreendimentos do setor. Portanto, possui relevância significativa e abrangente. Segundo alguns cientistas, o primeiro ser humano que viverá 150 anos já nasceu. No entanto, essa possibilidade não é cogitada exclusivamente em razão da capacidade de curar enfermidades, mas muito mais na de prever, evitar e corrigir.

Com o tempo e a evolução de sistemas de aprendizagem profunda, os pacientes poderão usar várias ferramentas de inteligência artificial para cuidar de si mesmos. A grande implicação dessa mudança está na adoção de uma medicina de caráter mais preventivo, ou seja, no lugar de tratar de doenças, passaremos a cuidar mais da saúde.

Em resumo, a inteligência artificial na saúde vai revolucionar a forma como cuidamos de nós mesmos — mais cedo do que a maioria dos médicos espera e mais tarde do que alguns empresários do setor gostariam. O modo de tratamento em que estamos acostumados tende a dar lugar a um tipo de medicina prognóstica que prolongará a vida com qualidade, em razão de evitar danos mais do que tratá-los. Em um mundo cada vez mais digital, os profissionais de saúde precisam compreender as vantagens que estas soluções apresentam em seu trabalho, assim terão tempo para atender com mais qualidade e humanidade todos os seus pacientes.

A pandemia de COVID-19 acelerou a adoção destes sistemas, colocando-os como a principal tendência parra a medicina nos próximos anos. A pandemia apenas evidenciou a necessidade de hospitais e médicos estarem atualizados para realizarem atendimentos mais precisos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DEFRANK, J.T. *et al*. Influence of false-positive mammography results on subsequent screening: do physician recommendations buffer negative effects? Journal of Medical Screening, v. 19, p. 35, 2012.

EQUIPE TOTVS. Prontuário Eletrônico: O que é, como funciona e como aderir? TOTVS, 21 jan. 2021. Disponível em: https://www.totvs.com/blog/instituicoes-de-saude/prontuario-eletronico/. Acesso em: 24 out. 2021.

EURONEWS. Feira nos EAU apresenta tecnologia que pode salvar vidas. Euronews, 05 fev. 2020. Disponível em: https://pt.euronews.com/next/2020/02/05/feira-nos-eau-apresenta-tecnologia-que-pode-salvar-vidas. Acesso em: 24 out. 2021.

KAHN, J. The AI That Spots a Stopped Heart. Bloomberg, 20 jun. 2018. Disponível em: https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-06-20/the-ai-that-spots-heart-attacks. Acesso em: 20 out. 2021.

KALIS, B *et al*. 10 Promising AI Applications in Health Care. Harvard Business Review, 10 may 2018. Disponível em: https://hbr.org/2018/05/10-promising-ai-applications-in-health-care. Acesso em: 20 out. 2021.

LAFEE, S. Artificial Intelligence Quickly and Accurately Diagnoses Eye Diseases and Pneumonia. UC San Diego News Center, 22 feb. 2018. Disponível em: https://ucsdnews.ucsd.edu/pressrelease/artificial_intelligence_quickly_and_accurately_diagnoses_eye_diseases_and_p. Acesso em: 20 out. 2021.

LIGHTBOWN, S. Here are 4 key trends in VC healthtech investment. PitchBook, 13 nov. 2017. Disponível em: https://pitchbook.com/news/articles/4-trends-in-vc-healthtech-investment. Acesso em: 20 out. 2021.

MEDICINA DIRETA. Inteligência Artificial, a próxima fronteira da tecnologia na área médica. Medicina Direta, 18 maio 2020. Disponível em: https://medicinadireta.com.br/blog/consultorio/inteligencia-artificial-a-proxima-fronteira-da-tecnologia-na-area-medica/. Acesso em: 20 out. 2021.

MEDILAB. Como melhorar o fluxo de laudos em uma clínica. Medilab, 8 maio 2018a. Disponível em: https://medilab.net.br/2018/05/08/como-melhorar-o-fluxo-de-laudos-em-uma-clinica/. Acesso em: 20 out. 2021.

MEDILAB. 5 aplicações incríveis da Inteligência Artificial na Medicina. Medilab, 6 ago. 2018b. Disponível em: https://medilab.net.br/2018/08/06/5-aplicacoes-incriveis-da-inteligencia-artificial-na-medicina/. Acesso em: 24 out. 2021.

MIOTEC. Como a tecnologia ajuda na fidelização de pacientes? Miotec, 30 nov. 2018a. Disponível em: https://blog.miotec.com.br/fidelizacao-de-pacientes/. Acesso em: 20 out. 2021.

MIOTEC. Sistema de gestão para clínica de fisioterapia: os 5 maiores benefícios. Miotec, 23 fev. 2018b. Disponível em: https://blog.miotec.com.br/sistema-de-gestao. Acesso em: 20 out. 2021.

MIOTEC. Área da Saúde: como realizar pesquisas em bases de dados? Miotec, 23 fev. 2018b. Disponível em: https://blog.miotec.com.br/pesquisas-em-bases-de-dados/. Acesso em: 20 out. 2021.

PADRÃO, Márcio. O hospital do futuro. UOL Tecnologia, 6 set. 2018. Disponível em: https://www.uol/tecnologia/especiais/hospital-do-futuro.htm. Acesso em: 20 out. 2021.

PORTAL SAÚDE BUSINESS. Benefícios da inteligência artificial na saúde. Saúde Business, 26 ago. 2019 Disponível em: https://www.saudebusiness.com/eventos/benefcios-da-inteligncia-artificial-na-sade. Acesso em: 20 out. 2021.

PORTAL SAÚDE BUSINESS. Inteligência Artificial, a próxima fronteira da tecnologia na área médica. Saúde Business, 18 maio 2020. Disponível em: https://www.saudebusiness.com/colunas/inteligencia-artificial-proxima-fronteira-da-tecnologia-na-area-medica. Acesso em: 24 out. 2021.

ROBERTO, V. Inteligência artificial e a medicina. Medilab, 15 maio 2018. Disponível em: https://medilab.net.br/2018/04/30/inteligencia-artificial-e-medicina/. Acesso em: 20 out. 2021.

Teoria e Prática multidisciplinar em saúde
O profissional do futuro é cooperativo
Edição II

Capítulo 33

DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE PARA EFETIVAÇÃO DA PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

AUTORES

LÚCIA DE FÁTIMA DA SILVA SANTOS[1]
RONIEL ALEF DE OLIVEIRA COSTA[1]
THAMIRES DA SILVA LEAL[1]
SAMARA MARTINS SOUZA VERÍSSIMO[1]
LÍVIA CRISTINA SILVA[2]
MARISA FERREIRA ROCHA[2]
LUANA SILVA DE SOUSA[3]
DANIELLY MATOS VERAS[3]
JONATHAN RUAN DE CASTRO SILVA[4]
FÁTIMA LIDIANE VIANA SILVA[5]

FILIAÇÃO

1. Fisioterapeuta Residente – Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva do Adulto da Universidade Estadual do Piauí.
2. Psicóloga Residente – Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva do Adulto da Universidade Estadual do Piauí.
3. Enfermeira Residente – Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva do Adulto da Universidade Estadual do Piauí.
4. Discente – Mestrado em Psicologia da Universidade do Delta do Parnaíba.
5. Fisioterapeuta – Universidade Estadual do Piauí.

Palavras-chave: Intersetorialidade; Atenção Básica; Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a concepção de saúde adotou uma definição mais ampliada e resultante de múltiplas determinações, o que exigiu uma transformação dos serviços de saúde na busca pela integralidade no cuidado. O reordenamento dos processos de trabalho, a constituição de uma rede de cuidados intersetorial e a prática da interdisciplinaridade são ações que passaram a integrar as práticas aliadas a esta nova concepção (FERRO *et al*., 2014). Foi nesse contexto que emergiu a Promoção da Saúde, como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da população (MALTA *et al*., 2016).

No novo modelo assistencial, mesmo após vinte anos de implantação, ainda é notória a persistência de desafios como a fragmentação do trabalho, das ações e serviços de saúde com constância de práticas hierarquizadas. Essa realidade opõe-se ao entendimento de equipe multiprofissional que deveria atuar na perspectiva interdisciplinar, integrando diferentes saberes com vistas a propiciar uma atenção mais qualificada às necessidades dos usuários (SOUSA *et al.*, 2010). Ademais, na atenção básica a efetivação da promoção da saúde demanda a articulação do conjunto das políticas públicas e dos diferentes setores da sociedade visando à melhoria da qualidade de vida (MALTA *et al*., 2014).

Neste sentido, observa-se claras evidências de que a promoção da saúde é diretamente dependente de uma série de necessidades e, por isso, requer ações intersetoriais (SOUSA, 2014). Logo, a ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções, visando o enfrentamento de problemas complexos e necessidades de grupos populacionais (GIOVANELLA *et al*., 2009).

O exercício da intersetorialidade, por sua vez, requer um movimento de superação da visão e das práticas fragmentadas, sendo, ainda, uma estratégia de produção que estimula articulações entre diferentes segmentos, tanto no plano interno quanto no externo (DIAS *et al*., 2014).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi identificar os desafios da intersetorialidade nas ações de promoção de saúde desenvolvidas na atenção básica.

MÉTODO

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa. O levantamento bibliográfico foi realizado a partir das bases de dados LILACS e MEDLINE. Para as consultas nestas bases, utilizaram-se os seguintes indexadores combinados por operadores booleanos: “Intersetorialidade” OR “ações intersetoriais” AND “atenção básica” OR “saúde da família”. Os artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados inicialmente a partir da leitura dos títulos e resumos e, posteriormente, da leitura do artigo na íntegra, utilizando como critérios de inclusão nesta revisão: estudos com abordagem quantitativa, qualitativa ou mista, com texto completo disponível gratuitamente, publicados no período entre 2007 e 2021, nos idiomas português e inglês e que documentassem os desafios da intersetorialidade na atenção básica partindo da ótica das equipes e/ou gestores. Foram excluídos da análise os estudos de revisão, teses, dissertações, resumos de congresso, editoriais e cartas.

A partir da combinação dos descritores foram recuperados 146 estudos. Numa avaliação inicial, por meio dos títulos e

resumos, verificou-se que 46 destes estavam fora do recorte temporal determinado e não abordavam o escopo desse estudo, sendo excluídos desta revisão. Após a leitura dos estudos na íntegra, foram excluídos outros 80 trabalhos que não abordavam a temática dessa revisão integrativa. Assim, esse estudo foi estruturado por meio da análise de 12 artigos, sistematizados no **Quadro 33.1**, a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 33.1 Características dos artigos analisados

Autor/ Ano	Objetivo	Tipo de estudo	Método de análise	Atores envolvidos	Principais desafios identificados
Giovanella *et al.* (2009)	Analisar a implementação da ESF com foco na integração à rede assistencial e à atuação intersetorial em quatro capitais	Estudo de caso / entrevista	Triangulação de fontes de informação convergentes	Profissionais das equipes de saúde da família e usuários	Corporativismo / baixa participação dos profissionais nas atividades
Carvalho *et al.* (2009)	Conhecer a visão e ações dos trabalhadores e gerentes da saúde na atenção básica, em Goiânia, sobre intersetorialidade	Estudo quali-quantitativo / questionário misto	Teoria fundamentada em dados e a categorização pelo método da codificação aberta e estatística descritiva	Profissionais da atenção básica e gerentes de saúde do SUS	Saberes e atuação exclusiva do setor saúde
Silva & Rodrigues (2010)	Analisar práticas intersetoriais para promoção da saúde na ESF, identificando experiências e fatores facilitadores e restritivos ao processo de construção de parcerias	Estudo qualitativo/ entrevista individual e observação	Hermenêutica-Dialética	Gerente, agente comunitário de saúde e informantes-chave de equipamentos sociais do território	Planejamento das ações por um único setor; Fragilidade ou inexistência de vínculos com outros setores; Experiências pontuais e esporádicas; Confusão conceitual sobre intersetorialidade
Ferro *et al.* (2014)	Compreender potencialidades e dificuldades para o exercício da interdisciplinaridade e intersetorialidade vivenciadas pelos profissionais da ESF e do NASF de uma Unidade Básica de Saúde de Curitiba-PR.	Pesquisa qualitativa / entrevistas semiestru-turadas	Hermenêutica-Dialética	Profissionais da ESF e do NASF	Planejamento das ações por um único setor
Dias *et al.* (2014)	Analisar a compreensão da (inter)relação da intersetorialidade com a Estratégia Saúde da Família a partir das percepções de sujeitos sociais implicados com o contexto da atenção básica do município de Sobral	Estudo qualitativo e analítico / grupo focal e técnica "nuvem de palavras"	Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo	Participantes escolhidos a partir de funções chaves que exercem na interface direta com a ESF	Planejamento das ações por um único setor; Experiências pontuais e esporádicas; Confusão conceitual sobre intersetorialidade; Demandas direcionadas para outros níveis que não são reportadas ao serviço inicial
Silva *et al.* (2014)	Analisar a intersetorialidade na perspectiva socioambiental de promoção da saúde	Pesquisa qualitativa / entrevistas e observação participante periférica	Análise de conteúdo temática	Coordenadores, profissionais e participantes das práticas; observação participante das práticas	Fragmentação das ações intersetoriais; Demandas direcionadas para outros níveis que não são reportadas ao serviço inicial

Gonçalves *et al.* (2011)	Analisar as ações intersetoriais de saúde identificadas nas práticas de profissionais integrantes da Estratégia de Saúde da Família	Estudo qualitativo / entrevistas	Análise de discurso	Profissionais das equipes de saúde da família	Experiências pontuais e esporádicas; Ações intersetoriais pouco sistematizadas
Sena *et al.* (2012)	Descrever os fatores que impedem, limitam e facilitam a intersetorialidade no território de quatro ESF a partir da percepção do apoiador matricial	Qualitativa / observação participante	Análise do Discurso	Profissionais das equipes de saúde da família	Fragmentação das ações intersetoriais
Cavalcanti & Cordeiro (2015)	Analisar a percepção de atores sociais sobre o conceito de saúde e a dinâmica das ações intersetoriais presentes na ESF de um território na cidade do Recife	Estudo qualitativo / entrevistas	Análise de conteúdo	Profissionais das equipes de saúde e profissionais representantes de setores sociais que atuam no território adstrito às USF e que são considerados referência	Experiências pontuais e esporádicas; Confusão conceitual sobre intersetorialidade; Demandas direcionadas para níveis que não são reportadas ao serviço inicial
Barra & Oliveira (2016)	Compreender como se materializa a intersetorialidade na ESF em Juiz de Fora/MG e identificar os instrumentos de gestão utilizados pela gestão da Estratégia no município para viabilizar a intersetorialidade	Pesquisa qualitativa / entrevistas	Análise de conteúdo	Gestor municipal, dois representantes do Conselho Municipal de Saúde e quatro supervisores locais das USF	Experiências pontuais e esporádicas
Ventura *et al.* (2019)	Verificar o diálogo entre os profissionais das equipes de Saúde da Família sobre a intersetorialidade	Estudo qualitativo	Análise do discurso do sujeito coletivo	Médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, cirurgiões-dentistas e agentes comunitários de saúde	Fragilidade do diálogo intersetorial
Souza *et al.* (2020)	Analisar as práticas da Atenção Primária à Saúde no que tange ao enfrentamento das iniquidades sociais mediante ações voltadas aos Determinantes Sociais da Saúde, sob a ótica de profissionais da ESF	Estudo qualitativo	Teoria da ação comunicativa de Habermas	Profissionais da saúde integrantes da equipe mínima da ESF	Falta de planejamento e dificuldades de gestão municipal para a intersetorialidade; falta de comunicação e articulação entre os setores

Legenda: ESF - Estratégia de Saúde da Família; SUS – Sistema Único de Saúde; NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; USF – Unidade de Saúde da Família. **Fonte:** Elaboração própria, 2021.

No entanto, apesar do termo "intersetorialidade" encontrar-se frequentemente inserido no discurso e documentos da saúde pública brasileira, o conceito não é unívoco (CARVALHO *et al*., 2009), e ainda se observa que a incompreensão acerca do que seja a intersetorialidade constitui um desafio para a efetivação das práticas de saúde (SOUSA *et al.*, 2010). Ademais, a falta de consenso acerca do papel a ser cumprido pelos diferentes profissionais e a incerteza sobre em que consiste o trabalho intersetorial são fatores que dificultam a operacionalização da intersetorialidade e se opõem ao desenvolvimento das ações intersetoriais (SILVA & RODRIGUES, 2010).

É necessário destacar que muitas vezes são observadas práticas multisetoriais e apre-

sentados conceitos de integralidade e intrassetorialidade rotulados ou interpretados como se fossem ações intersetoriais (DIAS *et al*., 2014; SILVA *et al*., 2014). As práticas multisetoriais são caracterizadas pela presença de vários setores dedicando-se à resolução de um problema, no entanto não se observa reciprocidade neste processo, prevalecendo a lógica e o ritmo da serialidade (DIAS *et al*., 2014). Ao contrário disso, a intersetorialidade implica o compartilhamento efetivo do processo, desde a gestão, produção até o usufruto. O termo intrassetorialidade, por sua vez, também tem a mesma proposta de integração, todavia refere-se a ações dentro de um mesmo setor. A intrassetorialidade ainda se mescla ao conceito de integralidade, que significa a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde dentro do setor saúde (BRASIL, 2006).

Neste estudo, constatou-se que muitos gestores e profissionais de saúde valorizam a importância de ações intersetoriais para a promoção da saúde da população e reconhecem que os saberes e atuações exclusivas do setor saúde são insuficientes para promovê-las, mas, apesar desse reconhecimento ser considerado um avanço, no cotidiano dos serviços não se concretizam ações efetivas para a implementação da intersetorialidade (MORETTI *et al*., 2010). Nesse aspecto, destaca-se uma pesquisa produzida no Canadá (2007), para a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde do Ministério da Saúde, sobre experiências de ações intersetoriais da década de 1990 até 2007, envolvendo mais de 15 países, que mostrou que "há uma ampla documentação sobre a necessidade de trabalho intersetorial, mas há bem menos investigações sobre experiências de implementação, sustentabilidade e avaliação do impacto dos esforços intersetoriais para a saúde", evidenciando que a importância da intersetorialidade é reconhecida mundialmente (CARVALHO *et al*., 2009).

Nesse processo de construção da intersetorialidade, a concepção e implementação de ações intersetoriais implica a determinação dos sujeitos, a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os vários setores envolvidos na tentativa de conduzir uma gestão integrada, capaz de responder efetivamente à complexidade dos problemas que impactam a saúde dos sujeitos e coletividades de um determinado território (MORETTI *et al*., 2010; SILVA & RODRIGUES, 2010).

Assim, a intersetorialidade pressupõe diálogo, estabelecimento de vínculos, cogestão e corresponsabilidade de cada setor seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas de ações (BUSS, 2000; MORETTI *et al*., 2010; SOUSA, 2014). Desse modo, remete a um processo de planejamento conjunto, com vistas a um objetivo comum, superando uma visão fragmentada na formulação e implementação de políticas de saúde (BUSS, 2000; SOUSA, 2014).

Todavia, apesar da proposta de corresponsabilização e compartilhamento das ações intersetoriais, o que ainda se observa é a realização de ações intrassetoriais. Desse modo, foram observadas, nos estudos Silva e Rodrigues (2010), Dias *et al*. (2014) e Ferro *et al*. (2014), propostas de ações que deveriam ser intersetoriais, mas que apontam a predominância do setor saúde para resolver problemas que circundam o binômio saúde-doença e exigem novas estratégias para seu enfrentamento. Observou-se também, ações ultrapassando atuações setoriais, considerando a impossibilidade desse único setor de lidar com questões como as doenças e agravos não-

transmissíveis e a mortalidade por causas externas (AZEVEDO *et al*., 2012).

A articulação entre os serviços, estruturada por meio de conexão próxima entre seus diversos profissionais, ações e projetos, possibilita a criação de uma rede de interdependência e corresponsabilização entre os equipamentos na direção da garantia do atendimento integral, materializando também o conceito de trabalho em rede (FERRO *et al*., 2014). Além disso, destaca-se que as intervenções isoladas ou setoriais possuem baixa efetividade para promover qualidade de vida, fomentar desenvolvimento e superar a exclusão social (SILVA *et al*., 2014).

A consistência das práticas intersetoriais, nas diferentes esferas de gestão e mesmo no nível local, diz respeito à concretude de programas bem estruturados com objetivos, planejamento, gestão compartilhada, debates que favoreçam diálogos entre gestores e pesquisadores da área e ainda de investimentos em processos de educação permanente para dirigentes, técnicos das instituições de saúde, além de orçamentos próprios (CARVALHO *et al*., 2009; SILVA *et al*., 2014).

Diante dessas necessidades, a criação de grupos de trabalho intersetorial pode representar um importante mecanismo de coordenação de práticas intersetoriais ao possibilitarem a construção compartilhada de projetos que deem um sentido comum a diferentes setores visando intervenções estratégicas. Essas iniciativas são potentes para superar as hierarquias institucionais e as relações de poder entre setores, profissionais, políticas e segmentos sociais (BARRA & OLIVEIRA, 2016).

Os achados desse estudo remetem à necessidade de ampliação da discussão sobre a prática intersetorial para que a proposta de articulação em rede de parcerias seja compreendida e, a partir de então, sejam criadas estratégias que viabilizem sua implementação. No entanto, é evidente a necessidade da criação e ampliação de espaços comunicativos onde os diferentes setores, serviços e equipamentos sociais possam dialogar com o propósito de construir consensos, bem como identificar problemas e objetivos comuns para planejamento de intervenções mais efetivas (SILVA & RODRIGUES, 2010).

É evidente que os obstáculos para o crescimento e o aprimoramento da intersetorialidade vão desde problemas estruturais até a qualificação do debate sobre a mesma. A intersetorialidade ainda se mostra incipiente e carecendo de mais aprofundamento mesmo que a literatura tenha sido produtiva nos últimos anos, sinalizando um aumento substancial nas discussões sobre o tema (SILVA *et al*., 2014; CAVALCANTI *et al*., 2015).

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que desenvolver saúde sob a perspectiva intersetorial é uma tarefa complexa, que envolve desafios como a fragmentação de ações e serviços de saúde e ações setorializadas e hierarquizadas que ainda são desafios a serem superados na implementação do novo modelo de saúde e gestão em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, E. *et al*. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. Physis, v. 22, p. 133, 2012.

BARRA, S.A.R. & OLIVEIRA, L.M.L. A intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora/MG. HU Revista, v. 42, p. 89, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, p. 163, 2000.

CARVALHO, M.F. *et al*. Intersectorialidad: diálogo de la política nacional de promoción de salud con la visión de los trabajadores de la atención primaria en Goiânia - Brasil. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v. 3, p. 44, 2009.

CAVALCANTI, A.D. & CORDEIRO, J.C. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 10, p. 1, 2015.

CAVALCANTI, P.B. *et al*. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. Textos & Contextos, v. 14, p. 387, 2015.

DIAS, M.S.A. *et al*. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 4371, 2014.

FERRO, L. F. *et al*. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na estratégia saúde da família e no núcleo de apoio à saúde da família: Potencialidades e desafios. Mundo da Saúde, v. 38, p. 129, 2014.

GIOVANELLA, L. *et al*. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 783, 2009.

GONÇALVES, A.M. *et al.* Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial? Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 1, p. 94, 2011.

MALTA, D.C. *et al*. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 4301, 2014.

MALTA, D.C. *et al*. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 1683, 2016.

MORETTI, A.C. *et al.* Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 1827, 2010.

SENA, L.A. *et al*. Intersetorialidade e ESF: Limites e Possibilidades no Território de uma Unidade Integrada de Saúde da Família. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 16, p. 337, 2012.

SILVA, K.L. & RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, p. 762, 2010.

SILVA, K.L. *et al*. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 4361, 2014.

SOUSA, F.G.M. *et al*. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. Revista Gaúcha Enfermagem, v. 31, p. 701, 2010.

SOUSA, M.C. Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersetorialidade [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2014.

SOUZA, L.B. *et al.* As iniquidades sociais da Atenção Primária à Saúde e a intersetorialidade: um estudo descritivo. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 73, p. 1, 2020.

VENTURA, A.N.G.F. *et al.* A Estratégia de Saúde da Família e o diálogo sobre a Intersetorialidade. Revista Multidisciplinar e de Psicologia, v. 13, p. 63, 2019.

ÍNDICE REMISSIVO

Assistência alimentar *42*
Atenção básica *264*
Atenção primária *103, 129, 135, 184, 218*
Atendimento *162*
Benefícios *142*
Bioética *207*
Câncer de colo do útero *91*
Cefaleia em salvas *25*
Centro cirúrgico *148*
Cicatrização *238*
Condicionantes sociais *53*
Controle da doença *11*
Controle de infecções *17*
Delírio *1*
Desempenho acadêmico *244*
Diabetes Mellitus *231*
Direitos humanos *207*
Disfunção temporomandibular *120*
Dispositivos oclusais *120*
Doenças cardiovasculares *170, 231*
Doenças crônicas não transmissíveis *42*
Eficácia *25, 162*
Enfermagem *68, 91*
Enfermagem obstétrica *110*
Epidemiologia *194*
Estimativa rápida *177*
Estratégia saúde da família *103*
Estudantes universitários *244*
Ética *207*
Ética em enfermagem *68*
Equipe de assistência ao paciente *1, 17*
Equipe de atendimento ao paciente *84*
Equipe de saúde *184*
Equipe interdisciplinar de saúde *103*
Equipe multiprofissional *148, 184*
Equipe multidisciplinar *135, 142, 162*
Fatores de risco *199*
Ferimentos e lesões *238*
Granulomatose *47*
Granulomatose de Wegener *47*
Hanseníase *194*
Hipertensão *218*
Hipertensão arterial sistêmica *170*
Hospitais do futuro *252*
Idosos vulneráveis *76*
Inovação na saúde *252*
Integralidade de assistência *135*
Inteligência artificial *252*
Interdisciplinaridade *53*
Intersetorialidade *264*
Medicina *156*
Medicina da família *76*
Mudança de hábitos *231*
Musicoterapia *110*
Mycobacterium tuberculosis 11
Núcleo acadêmico *156*
Nutrição clínica *42*
Odontologia *33*
Oncologia *142*
Otorrinolaringologia *47*
Papel do profissional de enfermagem *68*
Papilomavírus humano *91*
Parto humanizado *110*
Planejamento estratégico situacional *177*
Plantas medicinais *244*
Pneumonia associada à ventilação mecânica *199*
População negra *218*
Projeto terapêutico singular *76*
Prótese bucomaxilofacial *33*
Reabilitação *33*
Representatividade estudantil *156*
Resistência bacteriana *11*
Riscos modificáveis na saúde *17*
Saúde *129, 207*
Saúde coletiva *177*
Saúde da família *264*
Saúde integral *84*
Saúde pública *194*
Serviços de controle de infecção hospitalar *17*
Síndrome da apneia obstrutiva do sono *120*
Sistema de saúde unificado *84*
Slow medicine *129*
Sono *244*
Tratamento *25*
Unidades de terapia intensiva *1, 194*
Violência contra a mulher *53*